Conférence externes

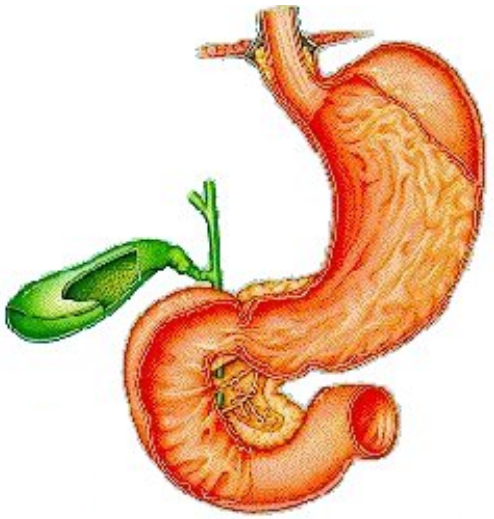
2020

Hémorragie digestive d'origine haute

Dr K.LAYAIDA
Service de gastroentérologie
CHU Mustapha Bacha

Définition

- HDH = saignement ayant pour origine le tractus digestif supérieur situé au dessus de l'angle de Treitz:
  - Œsophage
  - Estomac
  - Duodénum
  - Voies biliaires (hémobilie)
  - Wirsung (wirsungorragies)



Généralités

- Fréquence ➡ 80-90% des HD
- Urgence médico-chirurgicale

  ↳ ***Hospitalisation dans une structure spécialisée***
- Étiologies multiples ➡ MUGD+++
- Examen clé ➡ Endoscopie digestive haute

  ↳ ***Diagnostic + Thérapeutique***

Démarche rigoureuse en 3 étapes

1. Reconnaître l'hémorragie digestive haute
2. Apprécier la gravité et prendre les mesures thérapeutiques d'urgence
3. Rechercher son étiologie et instituer un traitement spécifique

Reconnaître HDH
Diagnostic positif

Cas faciles

HDH extériorisée

Hématémèse
Méléna
Rectorragies

Cas difficiles

HDH non extériorisée

Anémie aigue
état de choc

sonde nasogastrique

Anémie chronique
ferriprive
(saignement occulte)

Exploration complète
du tube digestif

Reconnaître HDH

Diagnostic différentiel

Ce qui n'est pas une hémorragie

Coloration d'origine*:*
Alimentaire ou médicamenteuse
(betteraves, épinards, fer, charbon, bismuth)

Hémorragie d'origine non digestive

Hémoptysie
➔ efforts de toux
Epistaxis
➔postérieure +++
Hémosialémèse
➔origine bucco-pharyngée

Hémorragie digestive d'origine basse

***Méléna* +++**
rapport urée/créat

Evaluer la gravité

Critères de gravité

1. ***Critères liés au terrain*** → Age, Tares associées
2. ***Critères cliniques*** → Signes de choc
3. ***Critères biologiques*** → FNS, Crase sanguine
4. ***Critères évolutifs*** → Transfusion, Récidive de l'hémorragie, Instabilité hémodynamique

Facteurs prédictifs de mortalité

Variable	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3
Âge	< 60	60-79	> 80	
Présence d'un choc	Pouls < 100 PAS > 100	Pouls > 100 PAS > 100	PAS < 100	
Co-morbidités	Aucune		IC, coronaropathie, comorbidité majeure	I Rénale, IHC, néoplasme disséminé
Étiologie	Mallory-Weiss, pas de lésion	Autres	Cancer	
Critères endoscopiques à risque	Aucun ou tâches hémorragiques		**Saignement actif, en jet ou en nappe, vaisseau visible, caillot adhérent**	**Récidive** RR mortalité **X 10**

Mortalité globale 10 %

Rockall TA. Gut 1996

Prise en charge Immédiate

Evaluation de la perte sanguine et du retentissement hémodynamique (Fc, TA, diurèse)

- Remplissage (Cristalloïdes, Colloïdes, Transfusion)
- Oxygénothérapie

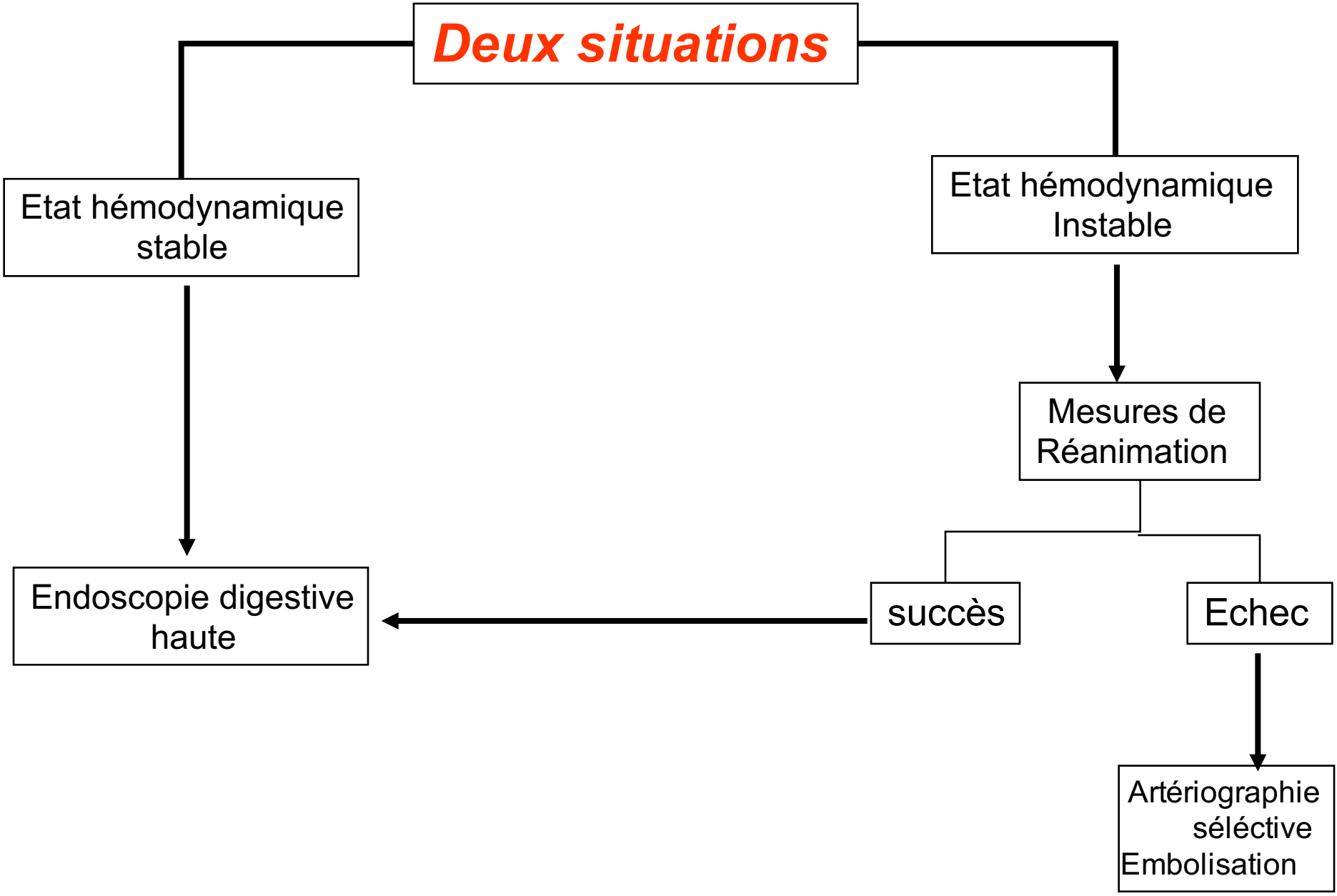
Pose d'une sonde gastrique

- Confirme le diagnostic lorsque le saignement est pré-pylorique
- Non contre-indiquée par l'existence de VO
- Permet la réalisation de lavage gastrique
- Faux négatifs
- Alternative erythromycine 250 mg IV 30' avant l'endoscopie (amélioration de la qualité de l'endoscopie)

Prise en charge des co-morbidités +++

Correction des troubles de la coagulation

Endoscopie dès que le patient est stabilisé


Deux situations
Etat hémodynamique stable
Etat hémodynamique Instable
Mesures de Réanimation
Endoscopie digestive haute
succès
Echec
Artériographie séléctive Embolisation

A B C

Figure 1-12C. A: Five-minute image from a technetium-99m pertechnetate–labeled red cell scan of a 23-year-old woman postpartum with diffuse intravascular coagulation and gross hematochezia. The radioactivity appears to extend from the hepatic flexure to a location distal to the splenic flexure (arrows). B: Angiographic injection of the superior mesenteric artery of the same patient as in A immediately after the scintigraphic study demonstrated active bleeding in the hepatic flexure area of the colon (arrow). C: Later image during the angiographic study shows persistent extravasation of contrast medium in the lumen of the colon (arrow).

Rechercher l'étiologie
Diagnostic étiologique

1 **Anamnèse** → ATCD de MUGD, AINS, anticoagulants, vomissements maladie hépatique, antécédents chirurgicaux

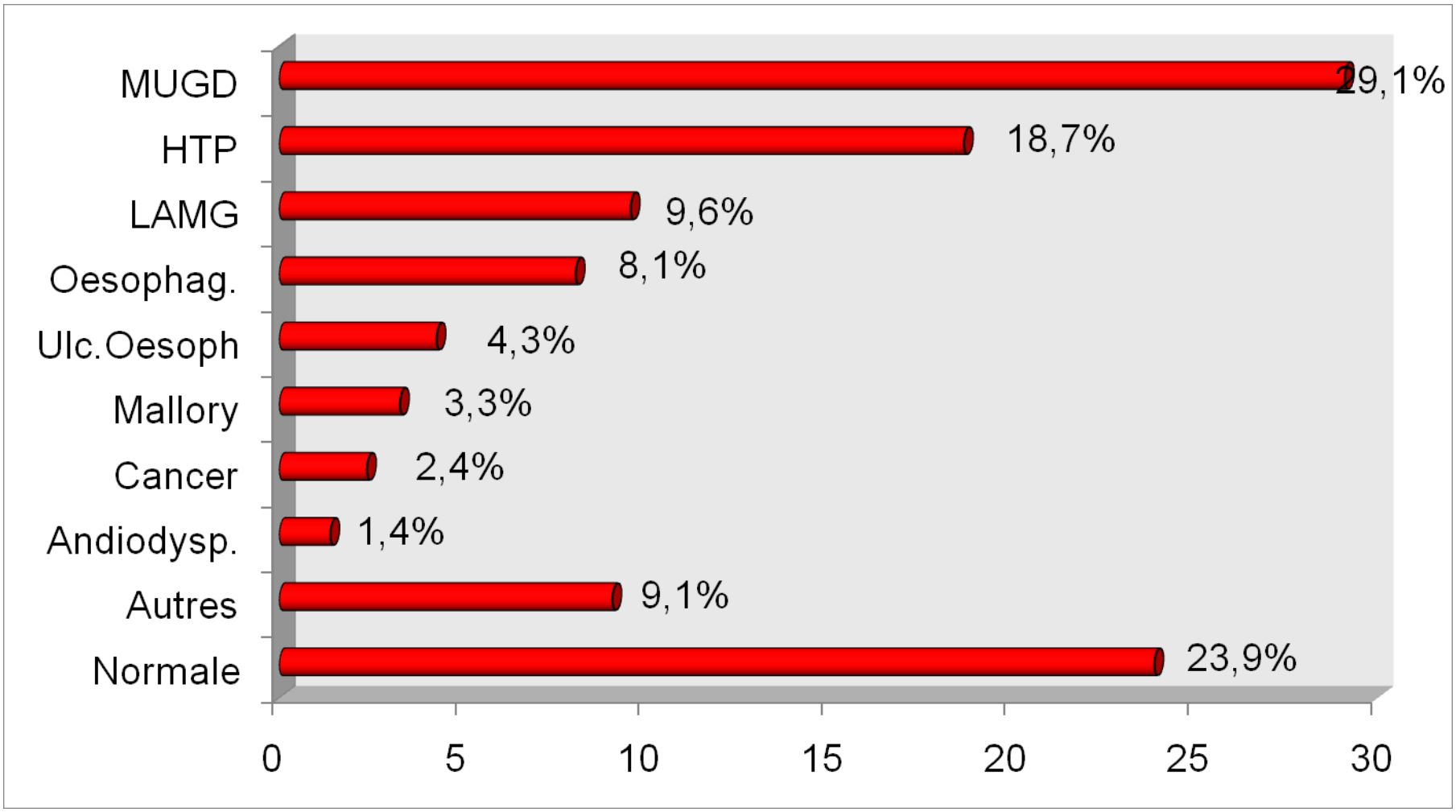
2 **Examen clinique** →
méthodique et complet
Examen digestif:
IHCaire – HTP - Ascite – HPM - Masse
Examen cutanéo-muqueux:
Syndrome hémorragique diffus
Reste de l'examen somatique

3 **Ex. paracliniques** → Endoscopie digestive haute= examen clé

- Détermine le siège des lésions responsables de l'hémorragie
- Évalue le risque de récidive hémorragique
- Permet de réaliser un geste d'hémostase endoscopique

Etiologies

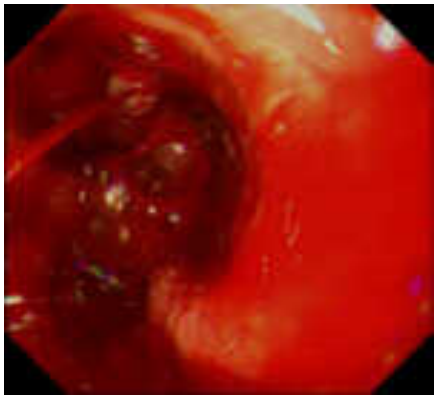
Étiologies


MUGD
HTP
LAMG
Oesophag.
Ulc.Oesoph
Mallory
Cancer
Andiodysp.
Autres
Normale
29,1%
18,7%
9,6%
8,1%
4,3%
3,3%
2,4%
1,4%
9,1%
23,9%
0
5
10
15
20
25
30

MUGD

- Cause la plus fréquente des HDH= 50%
- MUBD>MUG
- L'hémorragie peut révéler la maladie ulcéreuse
- Le diagnostic repose sur l'endoscopie haute

Classification de Forrest

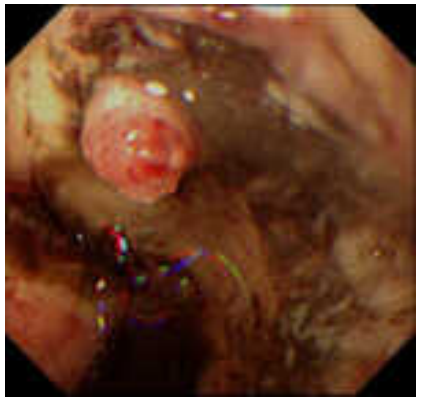


Stade Ia

Saignement en jet

Stade Ib

Saignement en nappe



Stade IIa

Vx visible

Stade IIb

Caillot adhérent

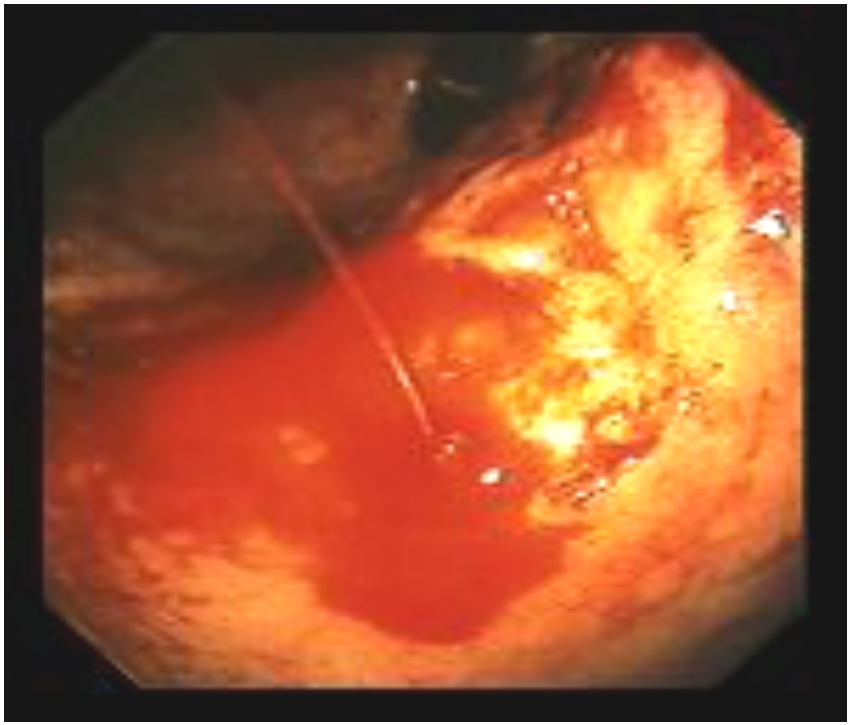
Stade IIc

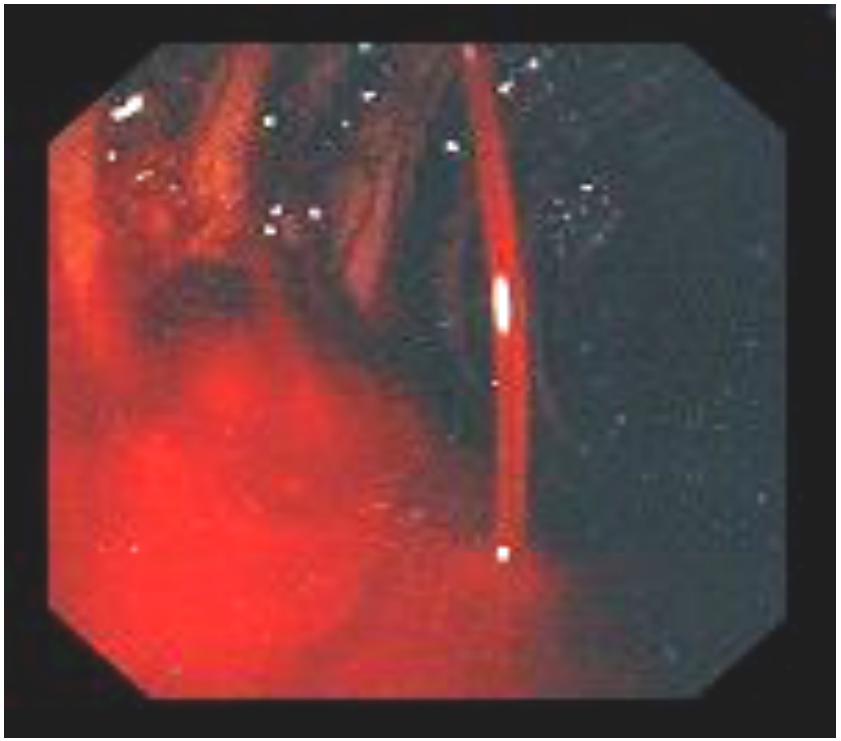
Taches pigmentées

Stade III

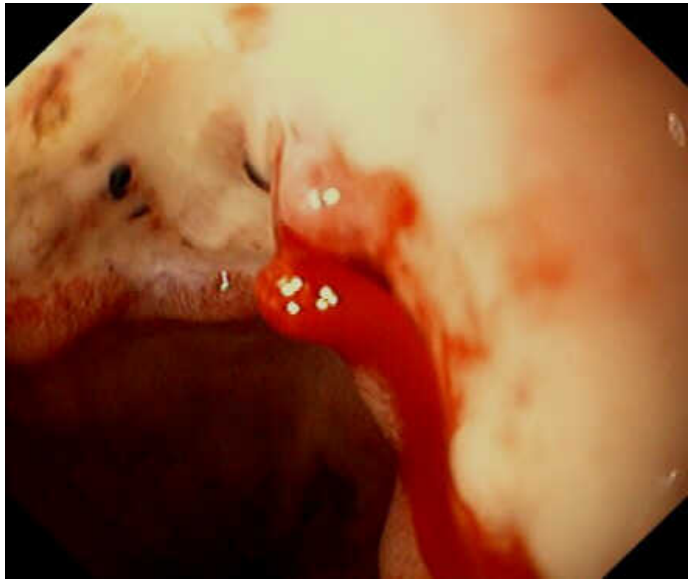
Ulcère propre

Ulcère gastrique
Forrest Ia

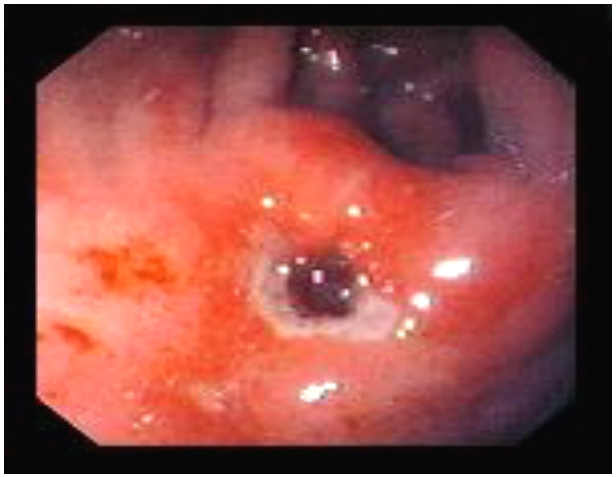


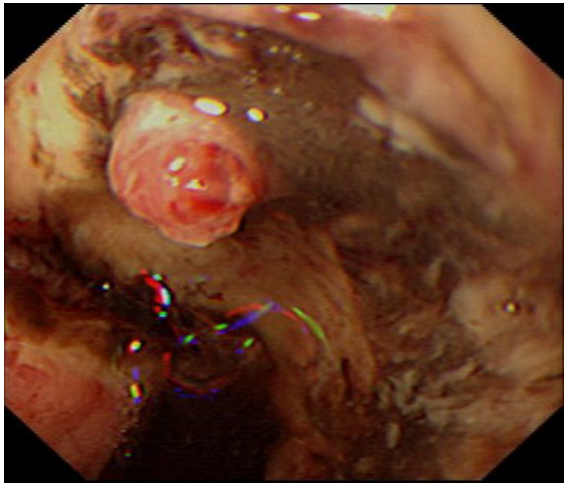


Ulcère Forrest Ib



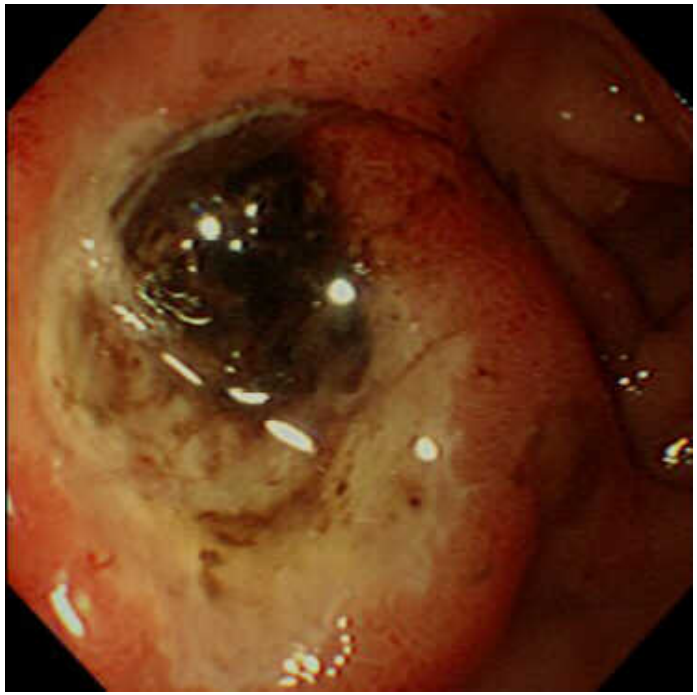
Ulcère Forrest IIa

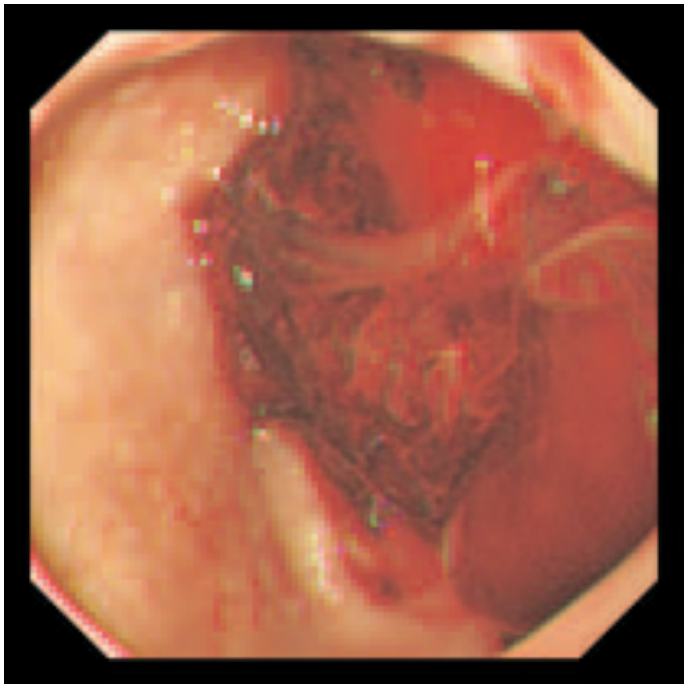




Risque de récidive 40-80%

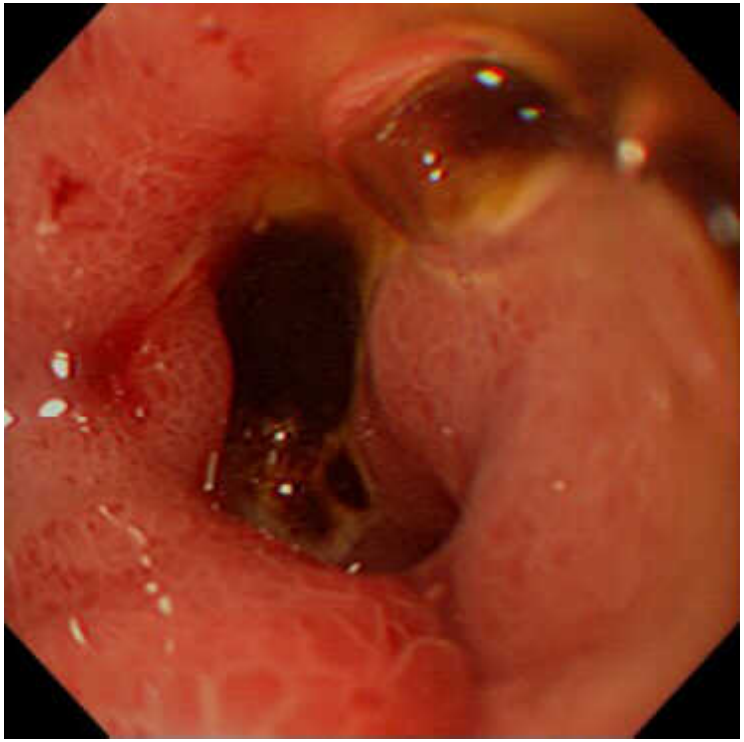
Ulcère Forrest IIb

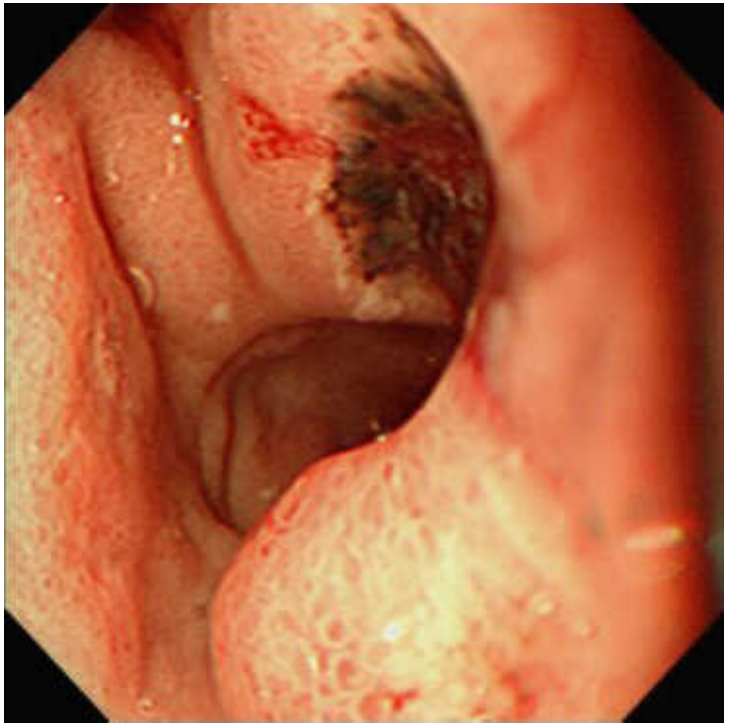




Risque de récidive 20-30%

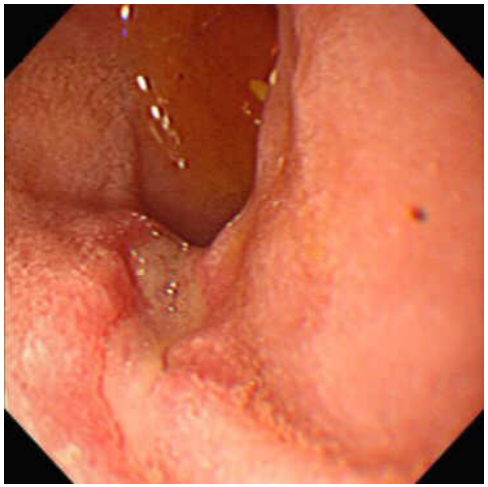
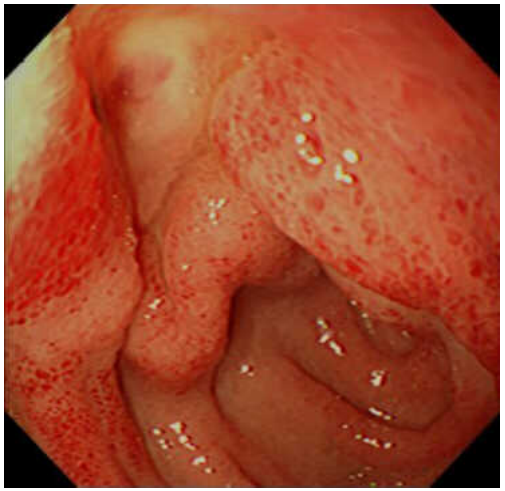
Ulcère Forrest IIc





Risque de récidive 5-10%

Ulcère propre
Forrest III

Risque de récidive 0-4%

Traitement de la MUGD
Buts

- Arrêter le saignement
- Prévenir les récidives hémorragiques
- Accélérer la cicatrisation de l'ulcère

Traitement médical

Aucun anti-ulcéreux ne réduit la mortalité lorsque survient une hémorragie

Intérêt des inhibiteurs des pompes à protons

1. Prévention des récidives +++
2. Eviter le « second look » endoscopique
3. Eviter recours à la chirurgie

LES IPP NE DOIVENT PAS ETRE UTILISES EN ALTERNATIVE AU TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

Oméprazole per os ou IV

Réduit les récidives hémorragiques après traitement endoscopique

La cascade de la coagulation et l'agrégation plaquettaire est inhibée lorsque le pH < 6

Traitement endoscopique

- Méthodes:
  - Méthodes d'injection: adrénaline, ethanol, polidocanol, sérum salé, epinéphrine…
  - Méthodes thermiques: Eléctrocoagulation, laser, sonde chauffante
  - Nouvelles méthodes: clips, ligature élastique, plasma argon
- Efficacité du traitement combiné > injection seule

Injection + clips +++

Adrénaline diluée

Effets

- Compression locale des tissus (tampon)
- Vasoconstriction
- Agrégation plaquettaire

Métabolisme hépatique (effet 1er passage)

Effets secondaires rares

Précautions chez le cirrhotique?

Dilution=1/10000ème - 1/100000ème

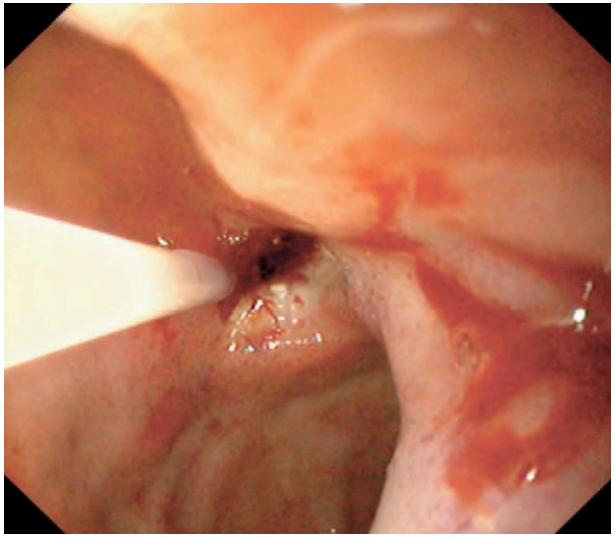
Volume= 15-25 ml

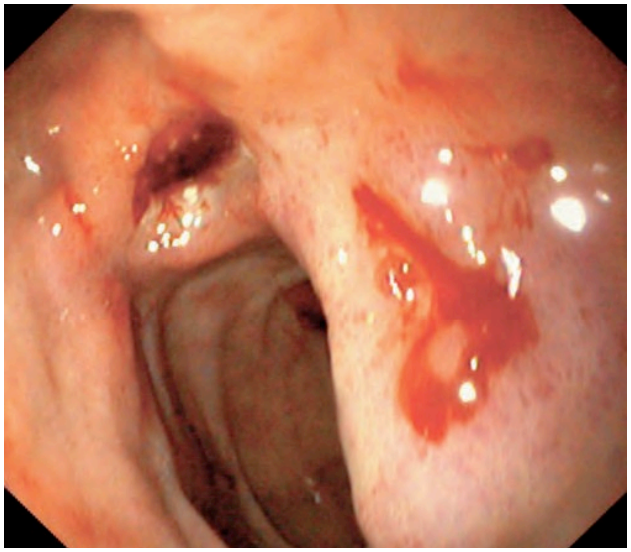
Inconvénient

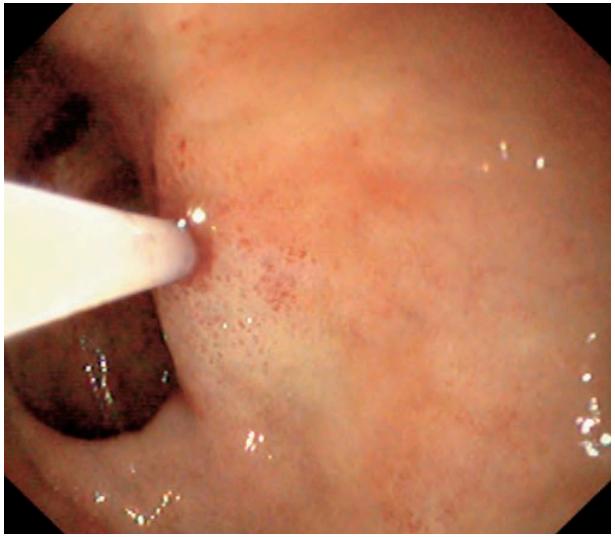
N'entraîne pas une thrombose permanente

Récidive 15-20%

Volume 35-45 ml > 15-25 ml*



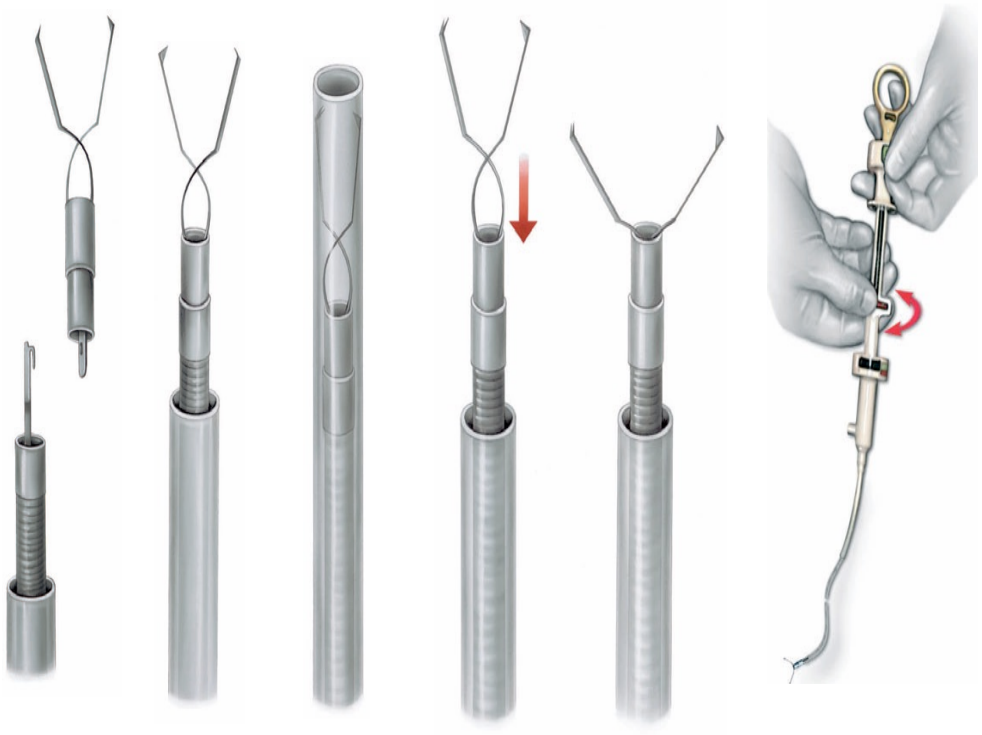




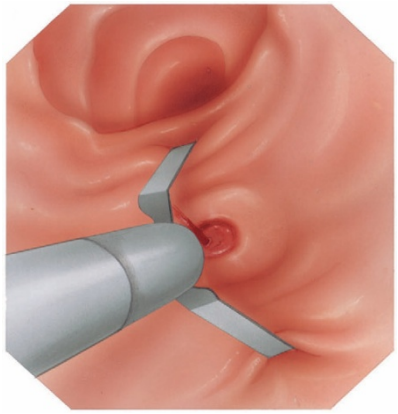
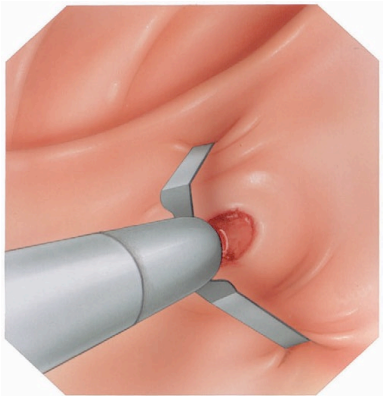
Types de clips

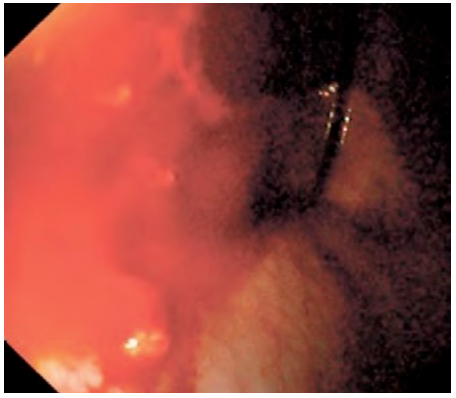
Clip prémonté à usage unique

Systèmes de cathéter porteur réutilisable autoclavable: coût ↓↓↓

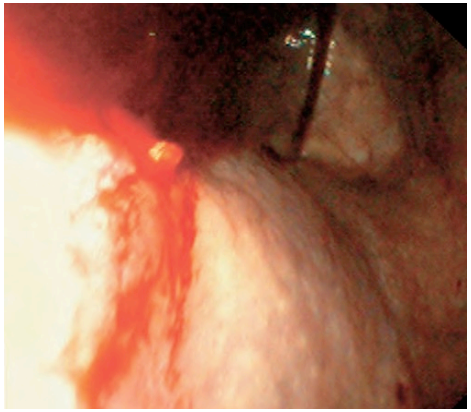
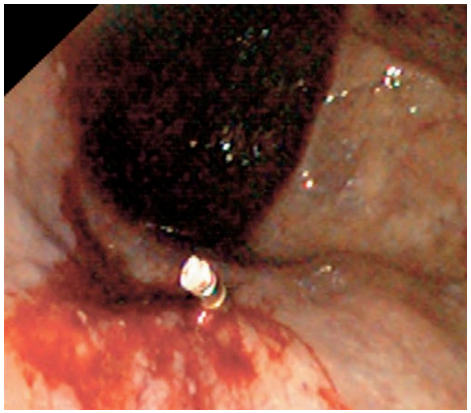


Clips

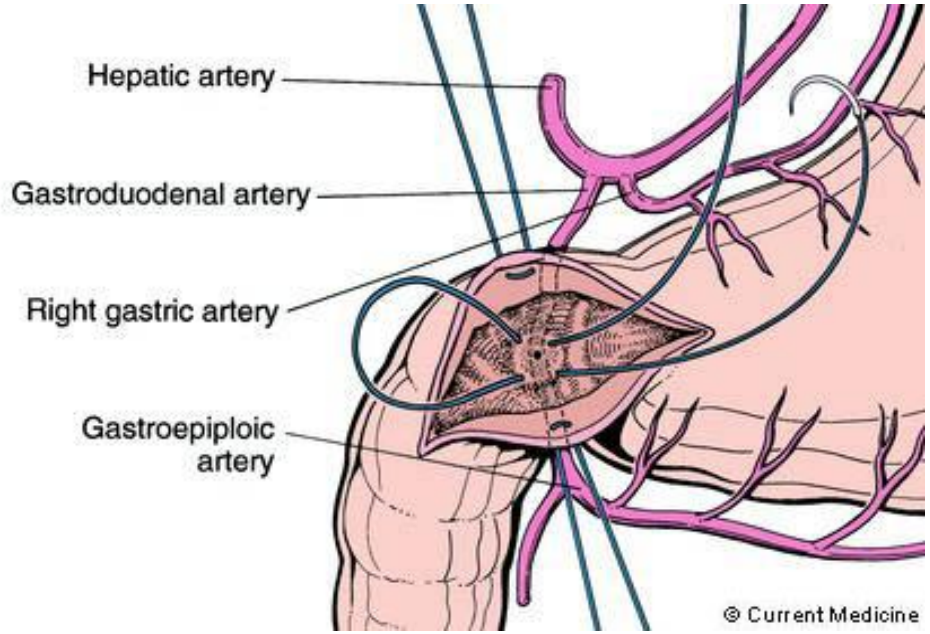


lavage

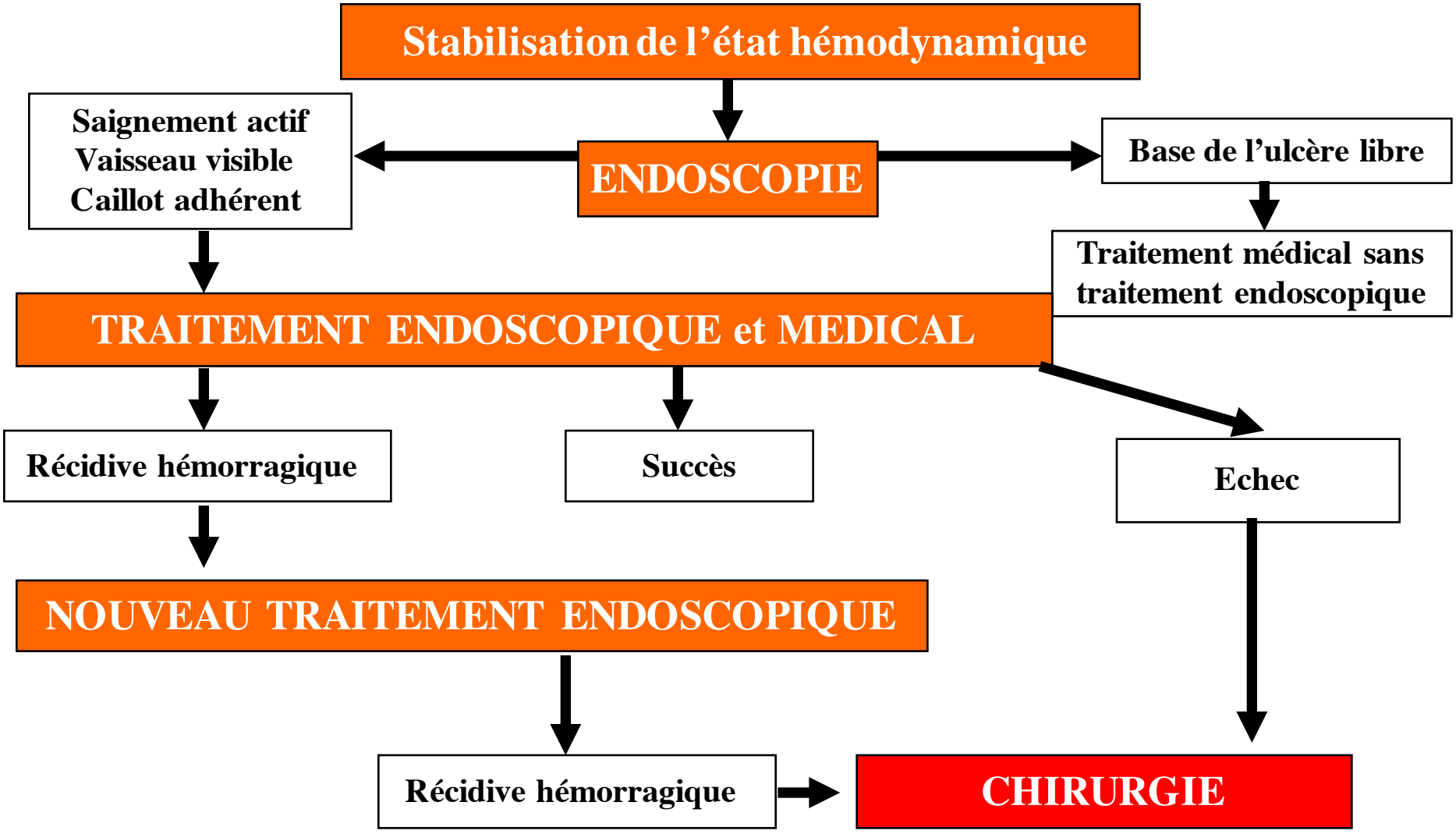



Traitement chirurgical

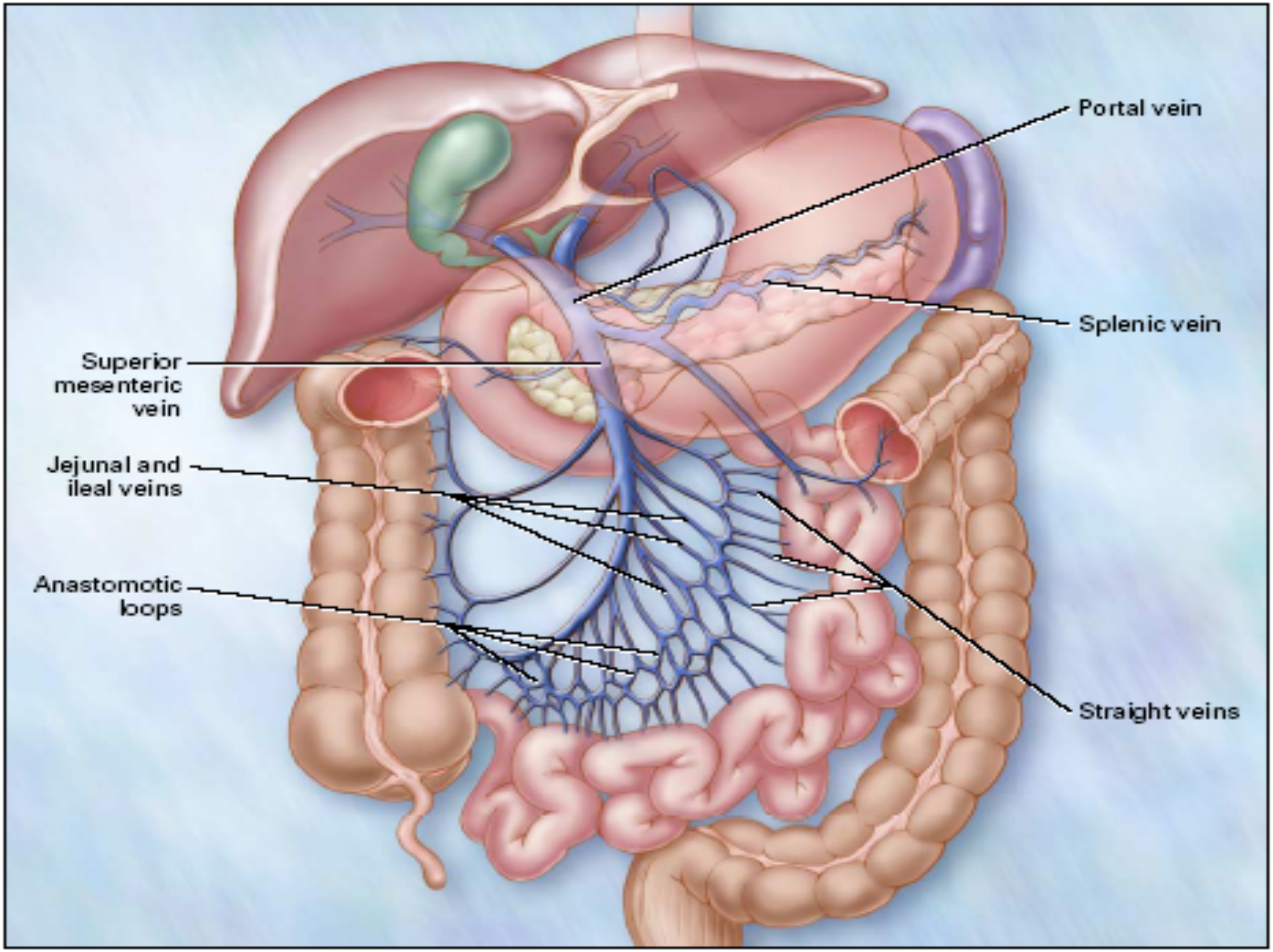
- Déclin de la chirurgie: traitement endoscopique +++
- Indications: Hémorragie massive si échec ou non disponibilité du traitement endoscopique
- Geste chirurgical: hémostase ±traitement antiacide



Algorythme du traitement de l'hémorragie ulcéreuse



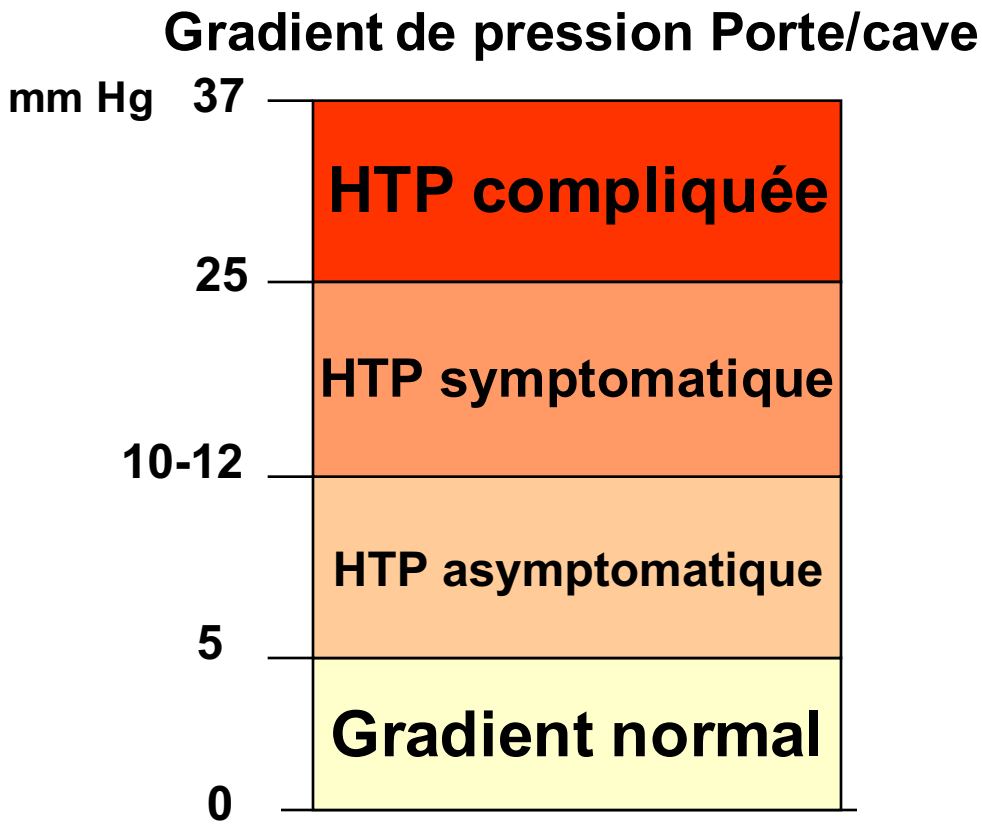
Hypertension portale


Portal vein
Splenic vein
Superior mesenteric vein
Jejunal and ileal veins
Anastomotic loops
Straight veins

Hypertension portale

- Peut être responsable d'hémorragie digestive par:
  - Rupture de VO+++, VG
  - Gastropathie hypertensive
  - Varices de siège ectopique
- L'interrogatoire recherchera les antécédents d'hépatopathie connue ou d'ictère
- L'examen clinique recherchera les signes d'HTP et d'IHC

EXPRESSION EST FONCTION DU DEGRE HTP



Objectifs thérapeutiques devant une hémorragie aigue liée à l'HTP

Contrôler le saignement

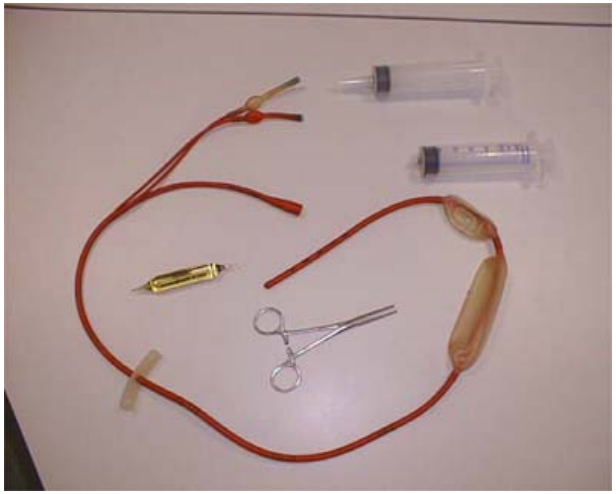
Prévenir l'encéphalopathie hépatique

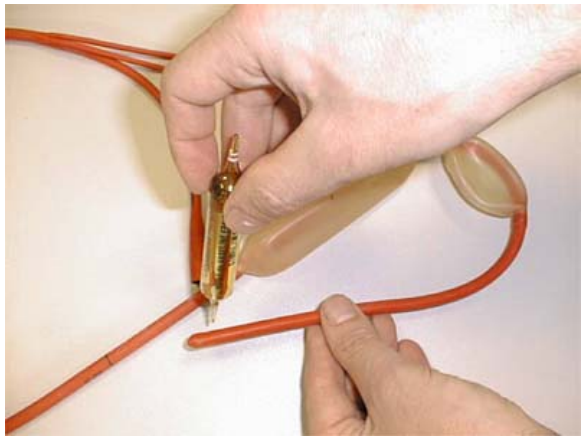
Prévenir l'infection du liquide d'ascite

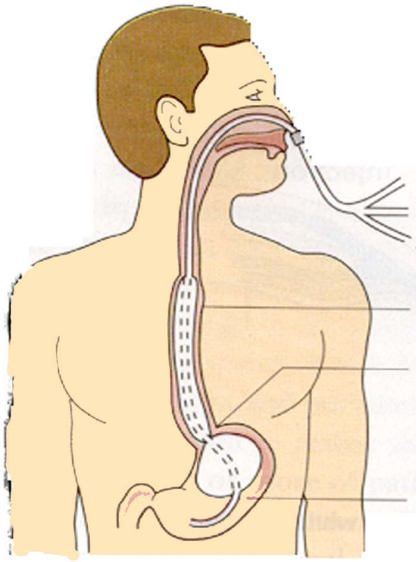
Moyens thérapeutiques

- Transfusion: CG, Hb 7-8 gr/dl
- Traitement vasoactif: dérivés de la vasopressine ou de la somatostatine(octréotide): peut être maintenu jusqu'à J5
- Endoscopie: le plus tôt possible (<12 heures)
- Traitement endoscopique: LE++
- Tamponnement par la sonde à ballonnets Blakemore pour les VO ou de Linton pour les VG
- Traitement radiologique par les TIPS
- TH: hépatopathie avancée

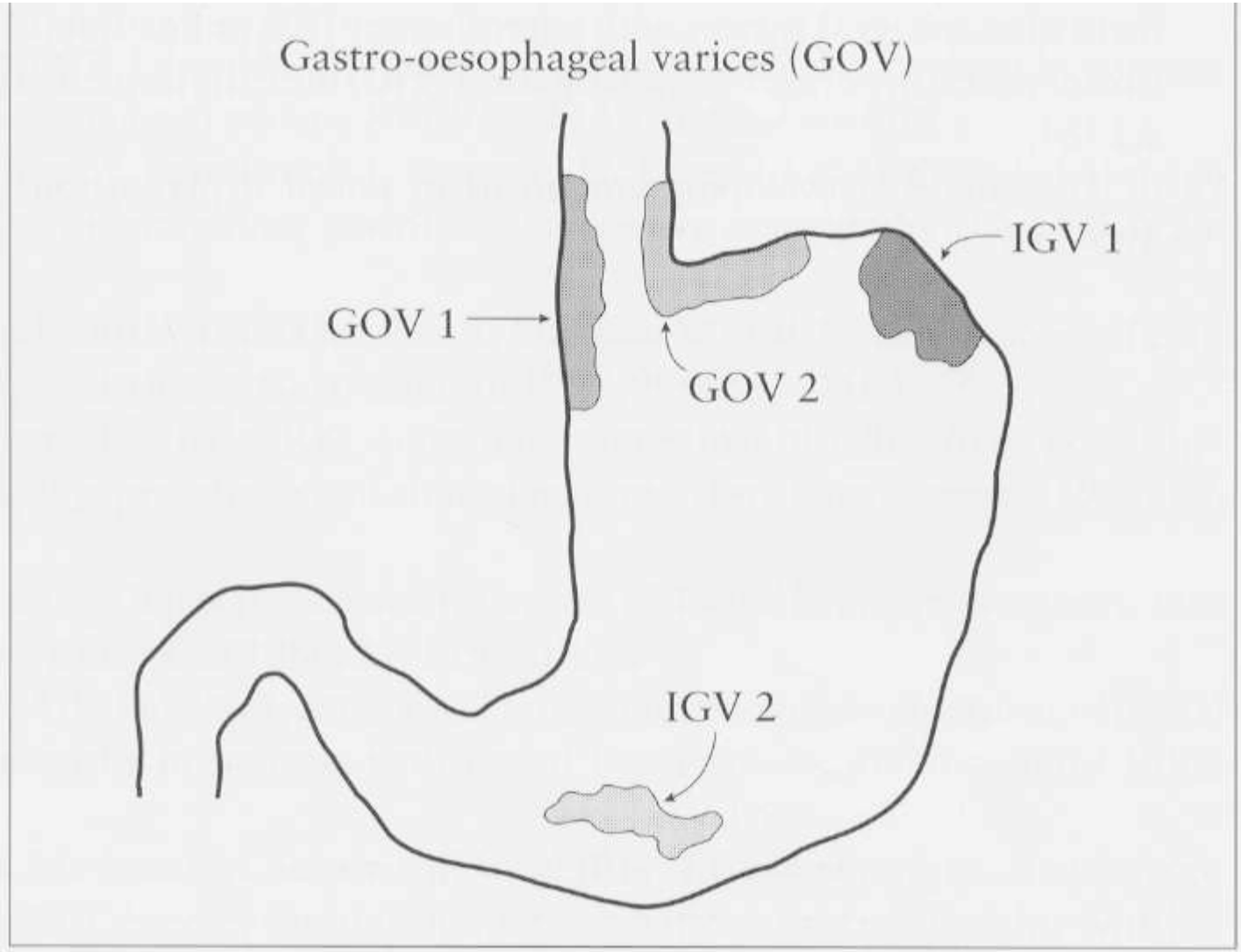
Mise en place d'une sonde de tamponnement
Sonde de Blakemore



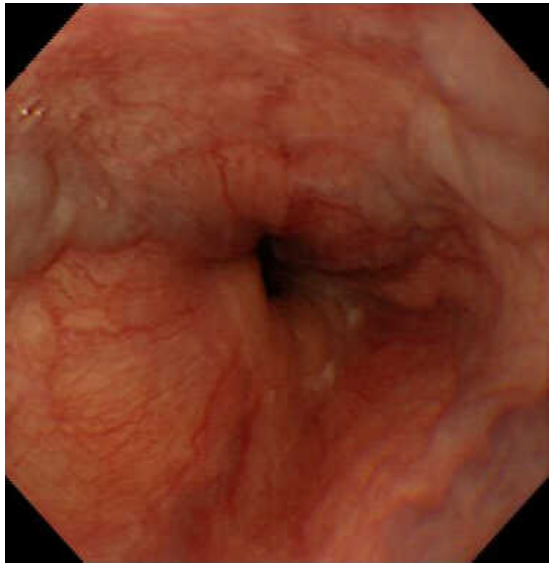


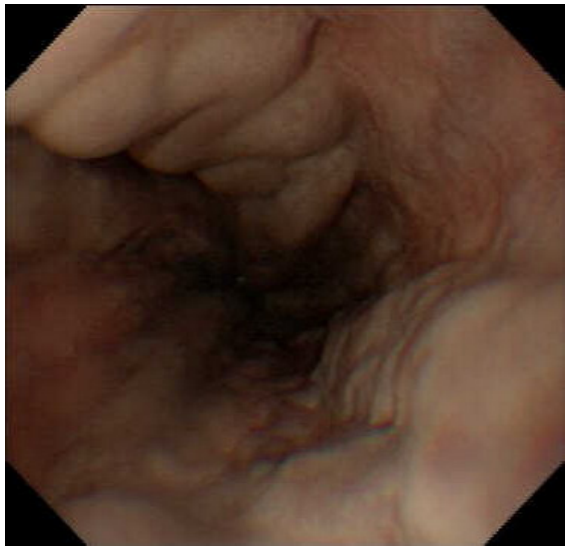


Hémorragie réfractaire au traitement endoscopique et vasoactif en attente d'un traitement définitif (TIPS ++)
Etat de choc non contrôlé avec origine variqueuse probable


Gastro-oesophageal varices (GOV)
GOV 1
GOV 2
IGV 1
IGV 2

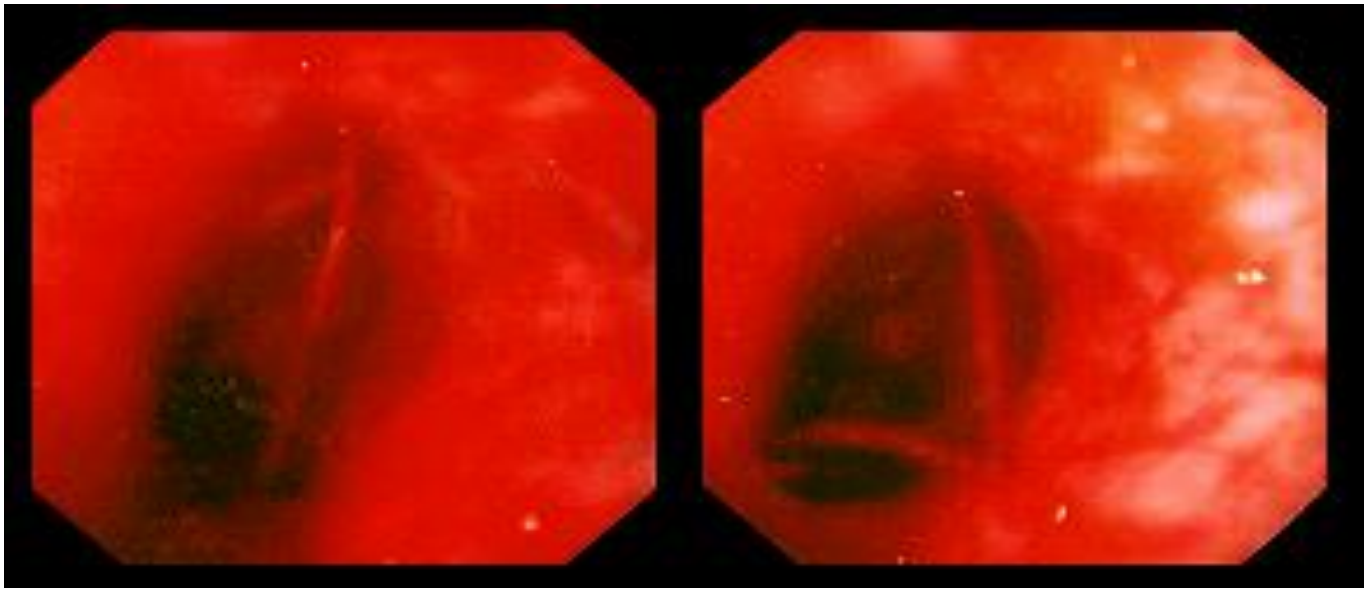
Varices œsophagiennes

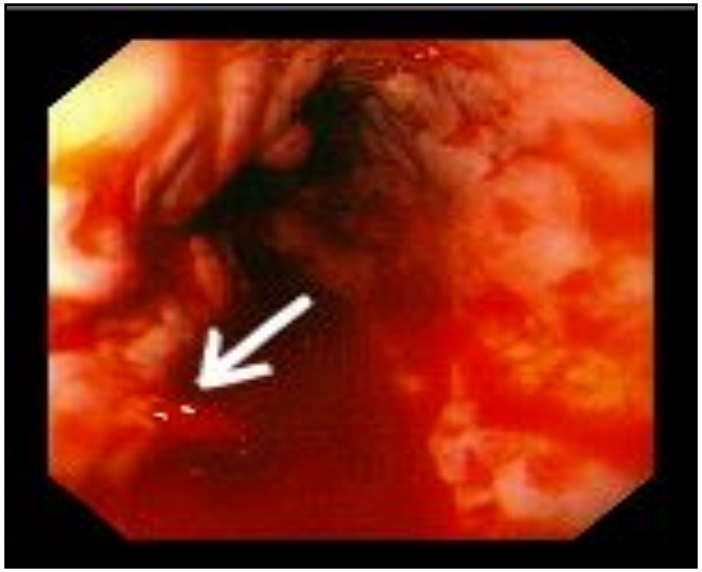




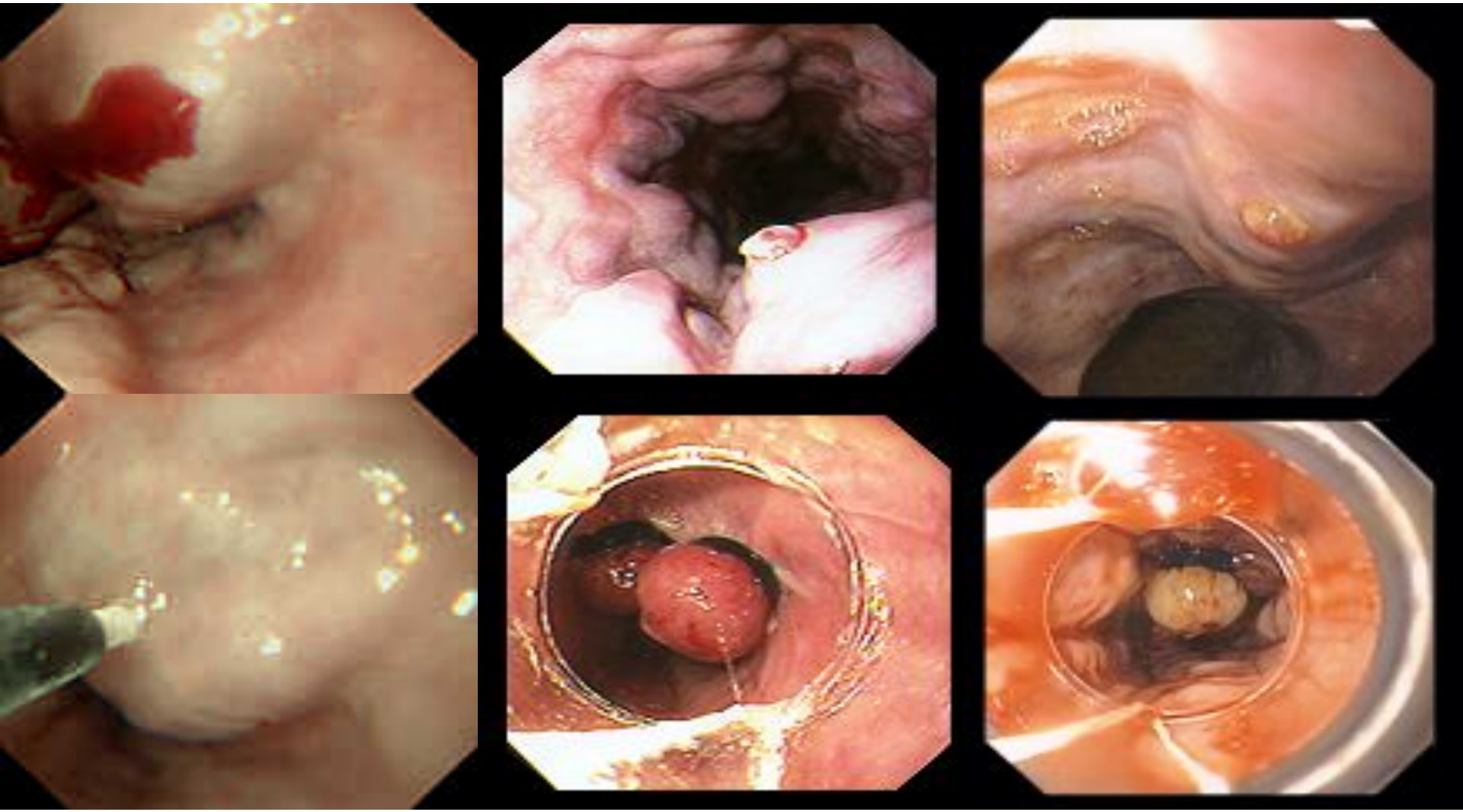
Grade I = *varices s'affaissent à l'insufflation*
Grade II = *varices ne s'affaissent pas à l'insufflation mais n'obstruant la lumière oesophagienne.*
Grade III = *varices obstruant complètement la lumière oesophagienne*

VO avec saignement en cours



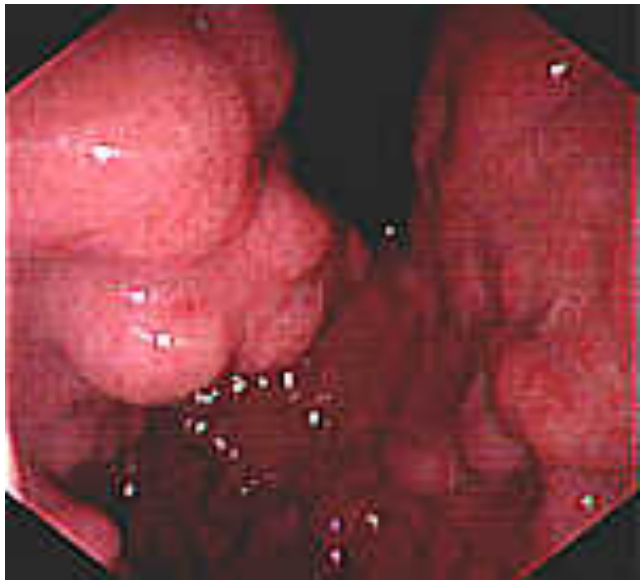


VO avec SSR

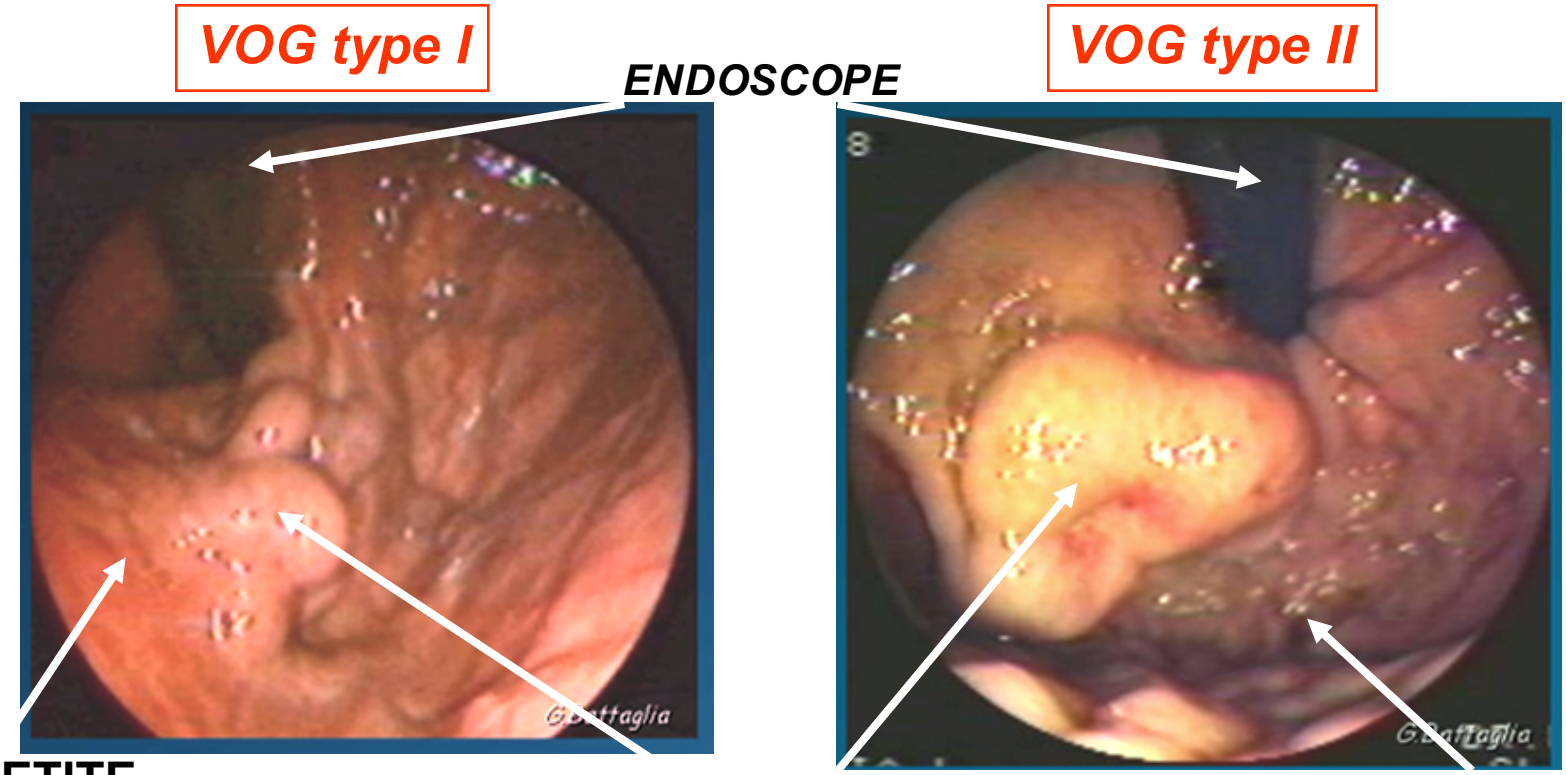


Traitement de référence: ligature élastique

Varices gastriques

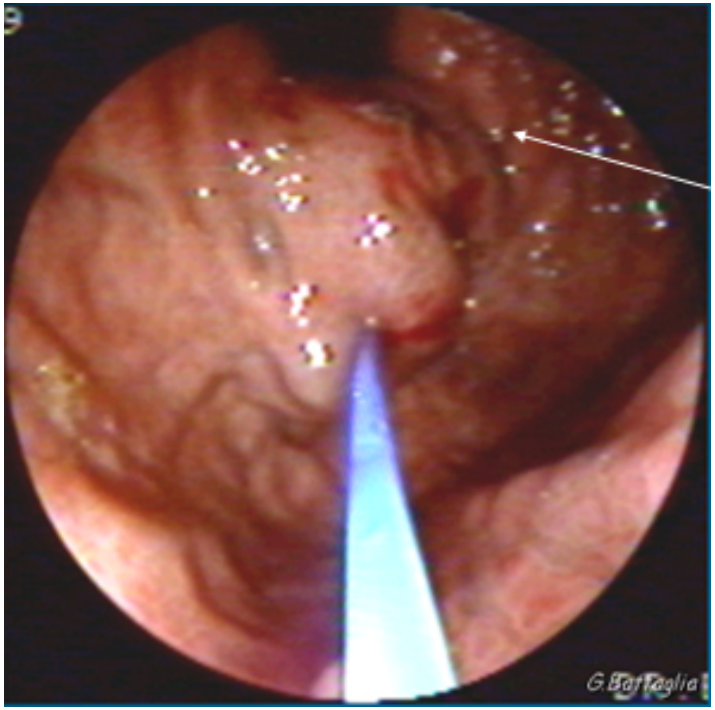


VARICES OESOGASTRIQUES



INJECTION DE COLLE BIOLOGIQUE
VARICE GASTRIQUE

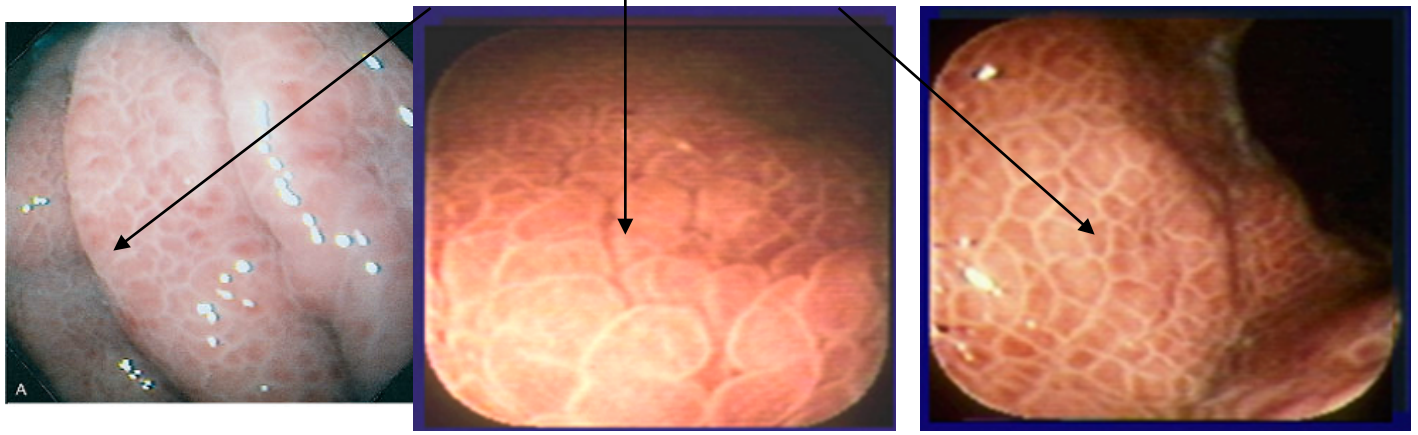
N-butyl-cyanoacrylate



Gastropathie hypertensive

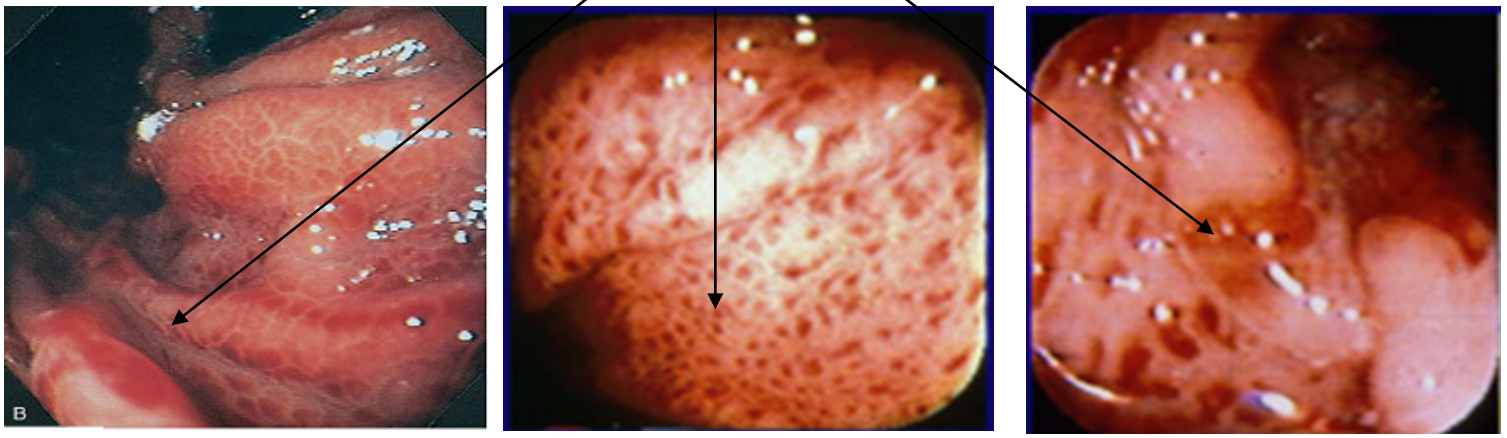
GHT MODEREE

Aspect en mosaïque

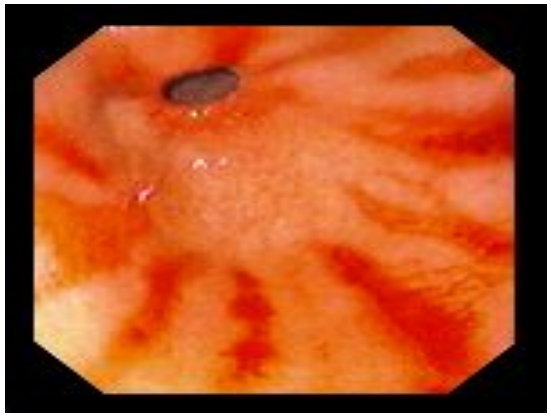


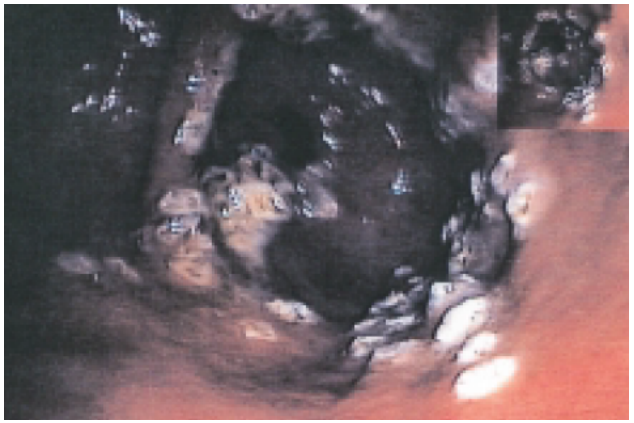
GHT SEVERE

Signes rouges



Watermelon stomac

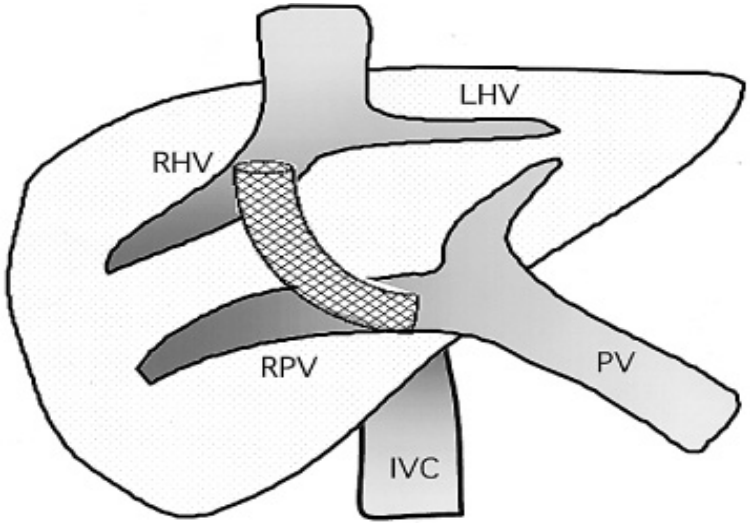




Electrocoagulation au plasma d’Argon

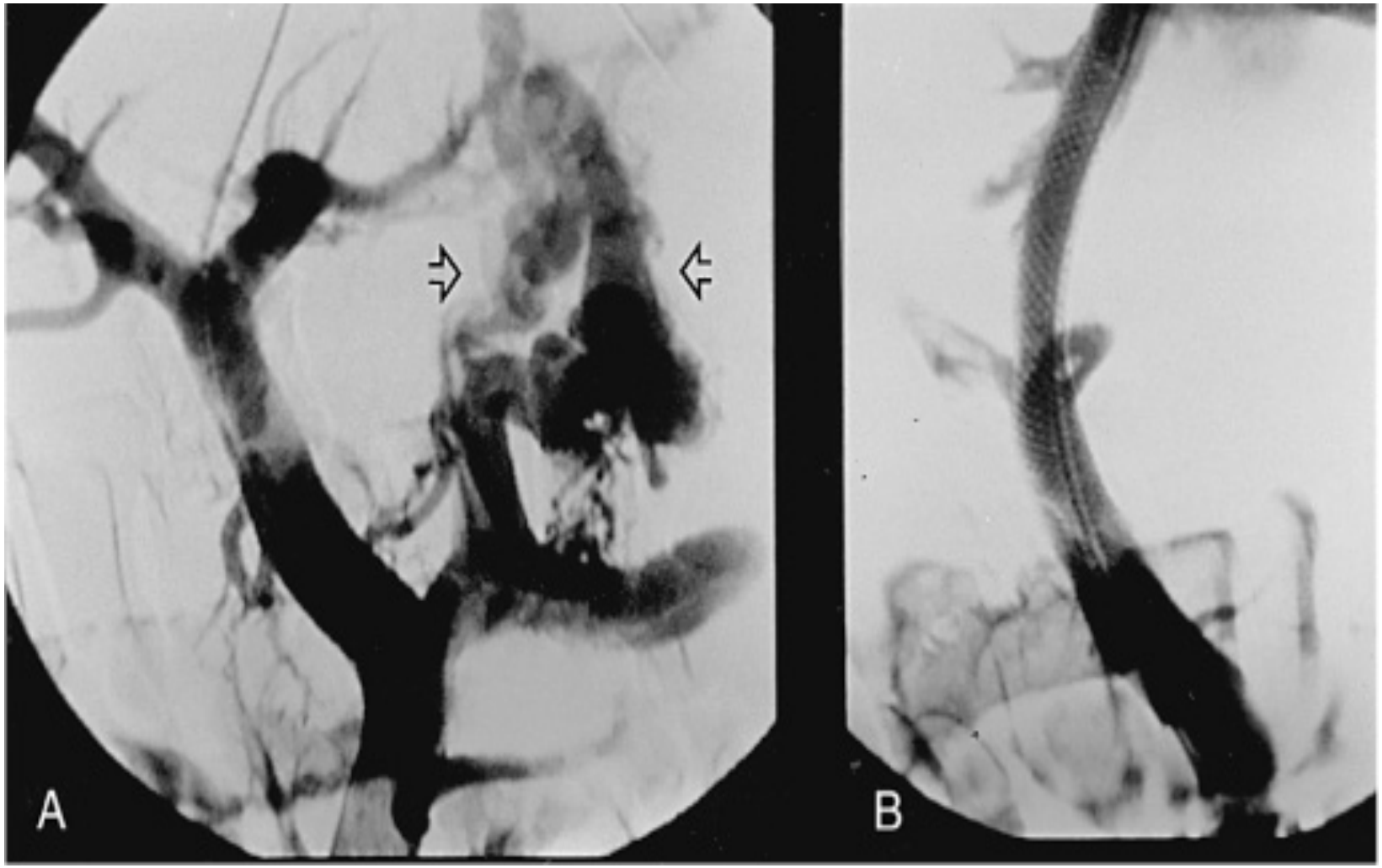
VARICE ECTOPIQUE DUODENALE

Traitement des varices par TIPS



Echec du traitement endoscopique
Récidive précoce après traitement endoscopique

VO traitement par TIPS



Quelles sont les autres mesures thérapeutiques indispensables?

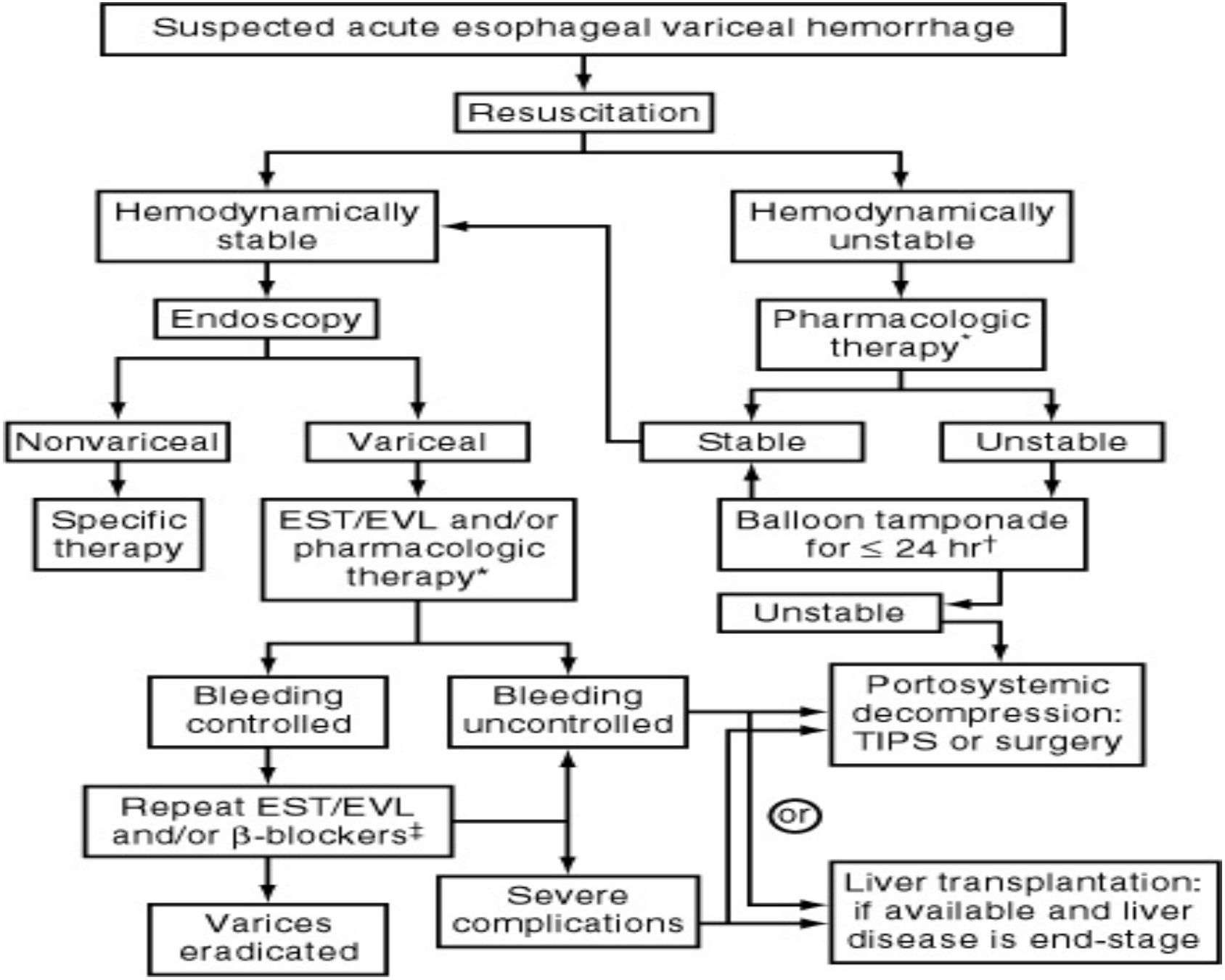
Lutter et prévenir les autres complications

- Encéphalopathie hépatique:

  aspiration gastrique/ lavement évacuateur / métronidazole / lactulose

- Infection du liquide d'ascite: le plus tôt possible après l'admission

  quinolones ou céphlosporines 3ème génération


Suspected acute esophageal variceal hemorrhage
Resuscitation
Hemodynamically stable
Hemodynamically unstable
Endoscopy
Pharmacologic therapy*
Nonvariceal
Variceal
Stable
Unstable
Specific therapy
EST/EVL and/or pharmacologic therapy*
Balloon tamponade for ≤ 24 hr†
Unstable
Bleeding controlled
Bleeding uncontrolled
Portosystemic decompression: TIPS or surgery
Repeat EST/EVL and/or β-blockers‡
or
Severe complications
Liver transplantation: if available and liver disease is end-stage
Varices eradicated

Lésions aiguës gastro-duodénales

- Surviennent dans deux contextes très différents:
  - Prise de médicaments gastro-toxiques: Aspirine, AINS, Alcool= ulcérations multiples, l'hémorragie cède souvent à l'arrêt du traitement
  - Lésions aiguës dites de « stress »: défaillance polyviscérale grave, infections sévères, grands brûlés, après chirurgie lourde(cardiaque, reconstruction orthopédique majeure)

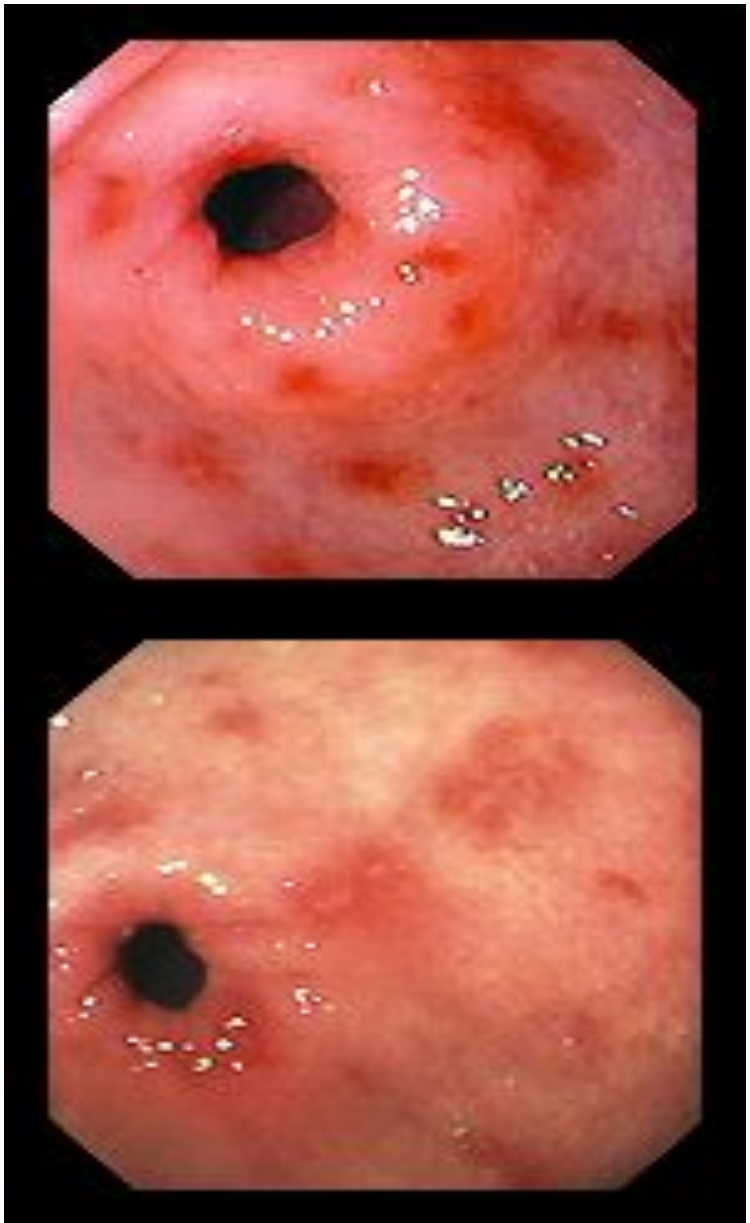
Lésions aiguës gastro-duodénales

- Traitement: étiologique auquel s'associe un traitement antisécrétoire
- L'évolution est le plus souvent favorable, le traitement chirurgical peut aller de la simple suture d'une lésion localisée à la gastrectomie totale d'hémostase en cas d'hémorragie grave non contrôlée
- Le véritable traitement est la prévention

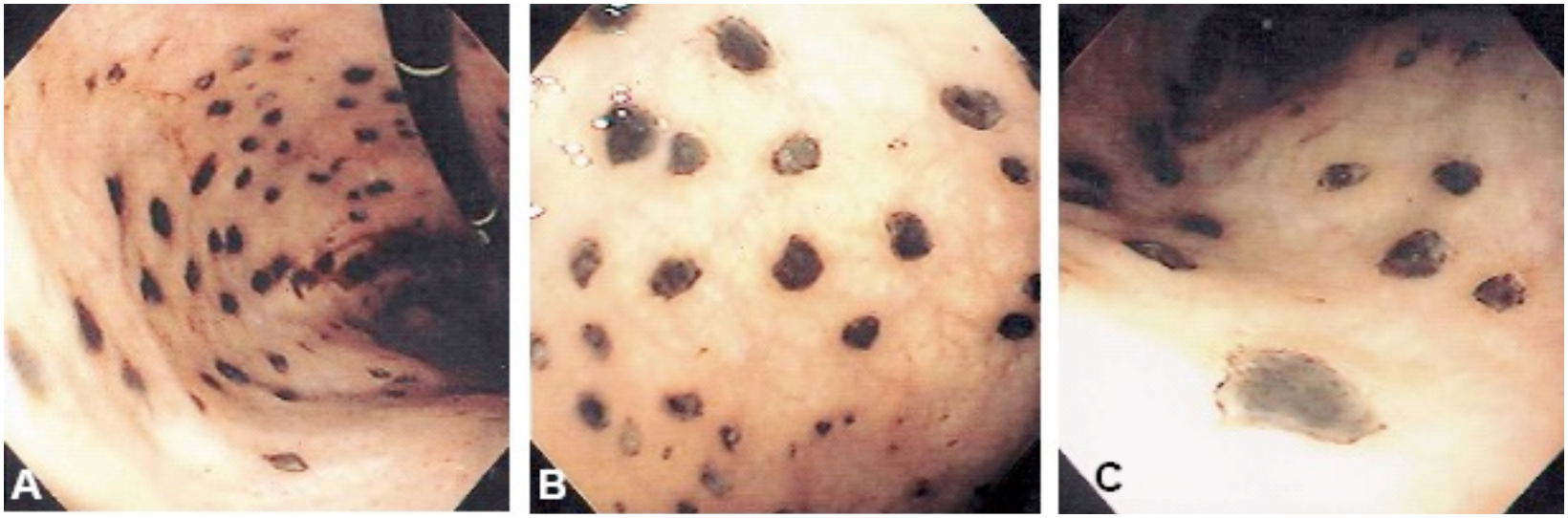
  -Prescription mesurée des médicaments connues pour leur gastro-toxicité

  -Prise en charge adéquate des patients en situation de stress

Lésions gastriques aux AINS



Lésions aigues de stress

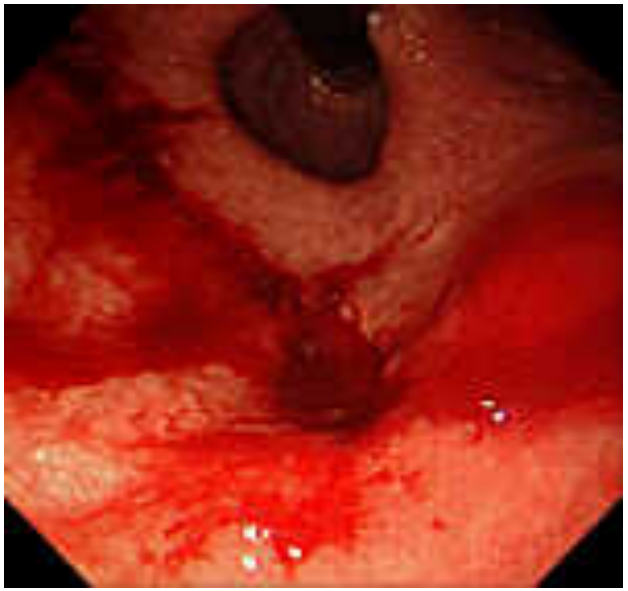


Syndrome de Mallory-Weiss

- L'hémorragie est secondaire à une déchirure longitudinale située à cheval sur le cardia

  consécutive à des efforts de vomissements
- L'endoscopie reconnaît aisément la lésion
- L'évolution est le plus souvent spontanément favorable, le traitement endoscopique est rarement nécessaire
- Il faudra rechercher et traiter la cause des vomissements

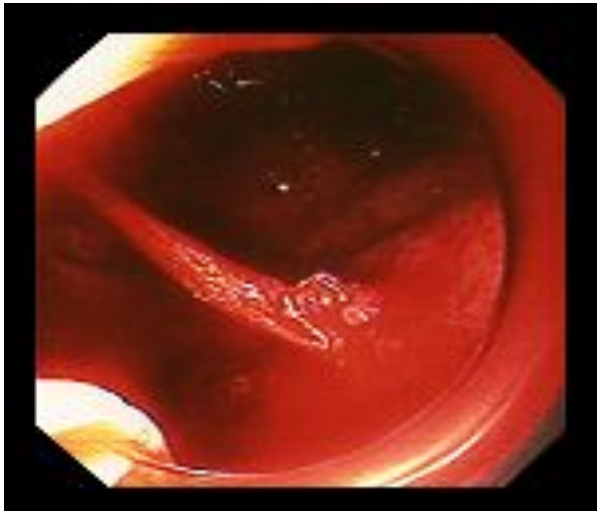
Mallory weiss

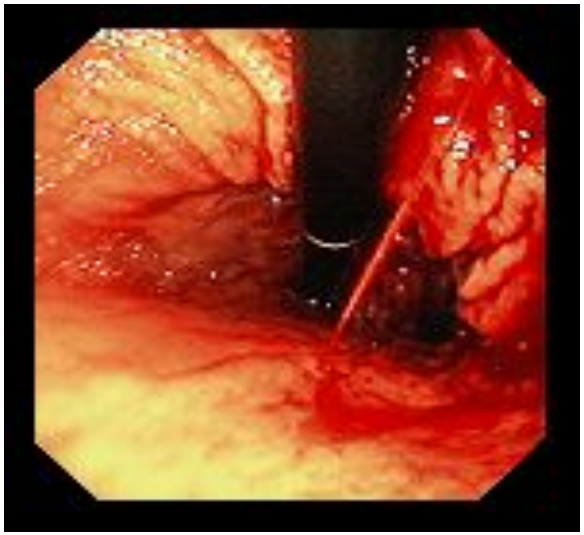


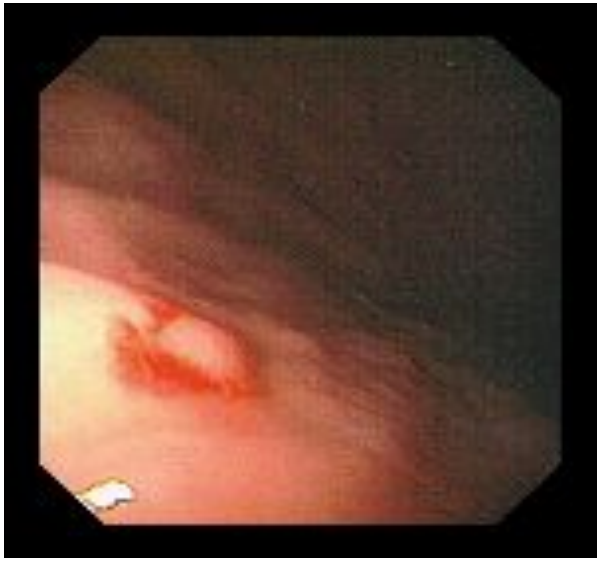
Exulcération simplex de Dieulafoy

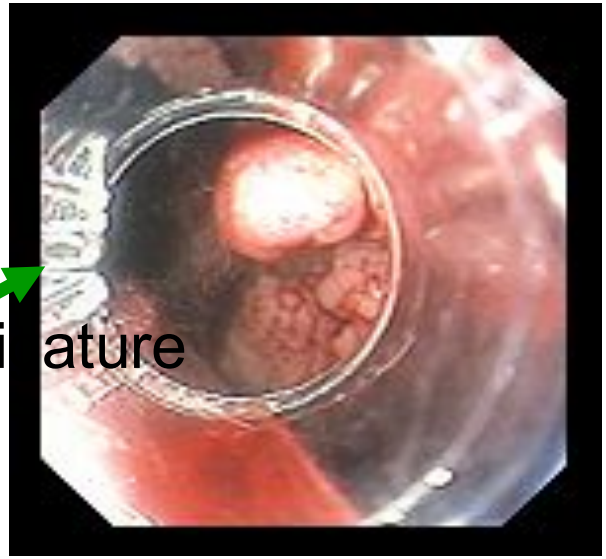
- Lésion érodant une artériole de la sous muqueuse
- Dc endoscopique difficile en raison de l'abondance du saignement et de la petite taille de la lésion et de sa localisation habituellement haute dans l'estomac
- Le traitement endoscopique est à préconiser en première intention, la chirurgie s'impose en cas d'échec

Ulcère simplex de dieulafoy



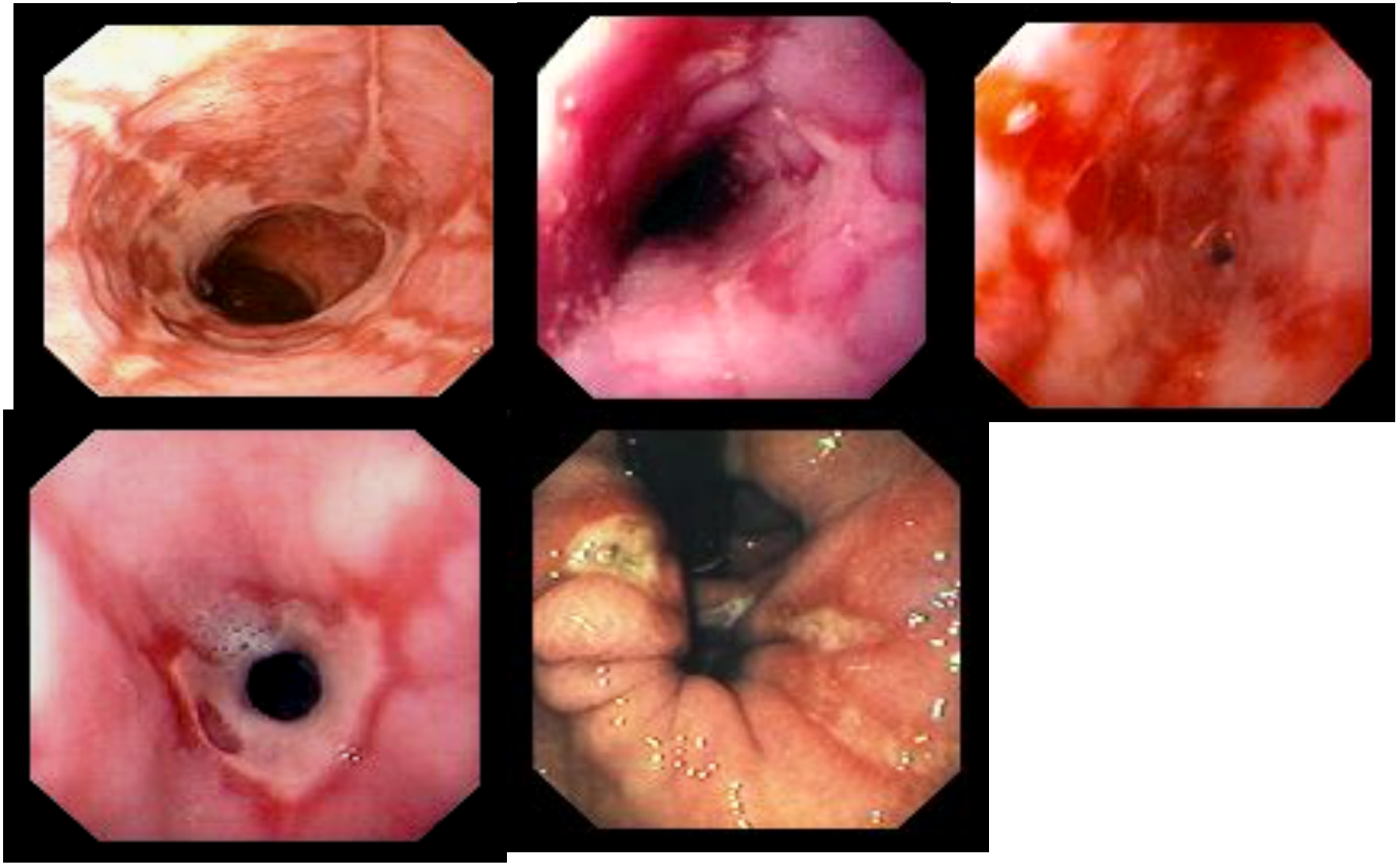




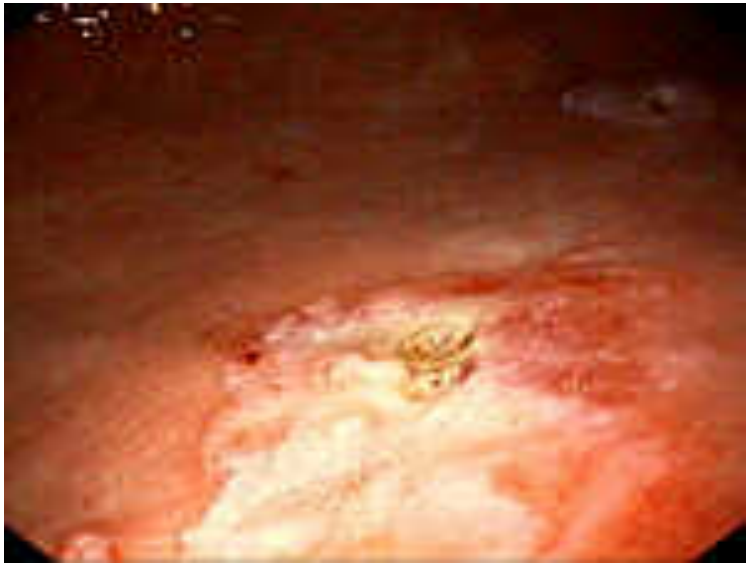


Autres lésions

Ulcère de l'œsophage

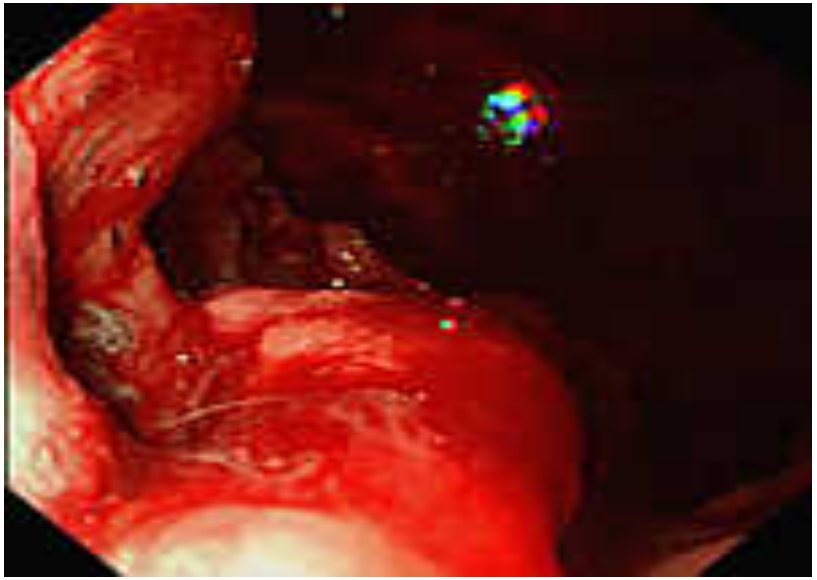


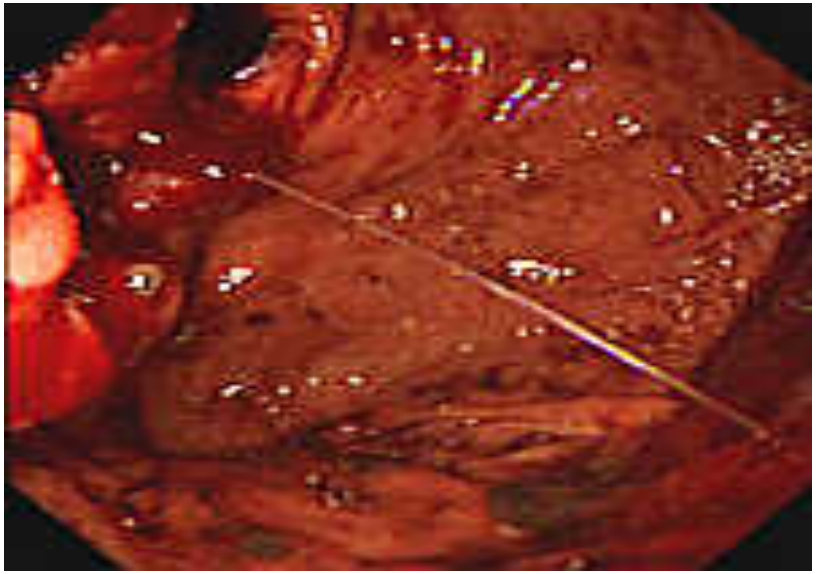
Angiodysplasie



Tumeurs s/muqueuses

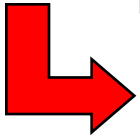
Tumeurs malignes





Conclusion

- L'hémorragie digestive haute est une urgence médico-chirurgicale
- La prise en charge doit être rapide et efficace
- L'endoscopie digestive haute



stabilisation hémodynamique

Diagnostic et traitement

Mélanie Beuf

CHU Beni-Messous

Service D'Hépato-Gastroentérologie

PR Balamane

CAT devant HEMORRAGIES DIGESTIVES D'ORIGINE BASSE

TD des externes en médecine

DR CHAOUCH

28/10/2019

INTRODUCTION-GENERALITES

Saignement digestif prenant origine en aval de l'angle de Treitz;

Extériorisée

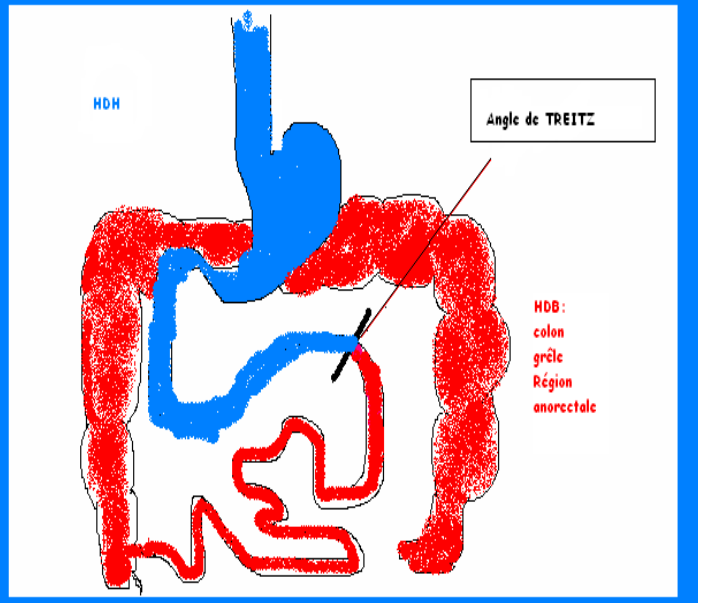
*Méléna

*Hématochézie

Saignement occulte:

*Anémie+++

*Etat de choc



Méléna:Emission de selles noirâtres nauséabondes par l'anus TDH / Grêle /Colon droit

Rectorragies (Hématochézie):Emission de sang rouge par l'anus

☞ Rectorragies peu abondantes,isolées : Origine basse ++

☞ Rectorragies abondantes :Tout TD

A différencier des colorations des selles d'origine médicamenteuse ou alimentaire /hémorragies non digestives Urinaires & Génitales

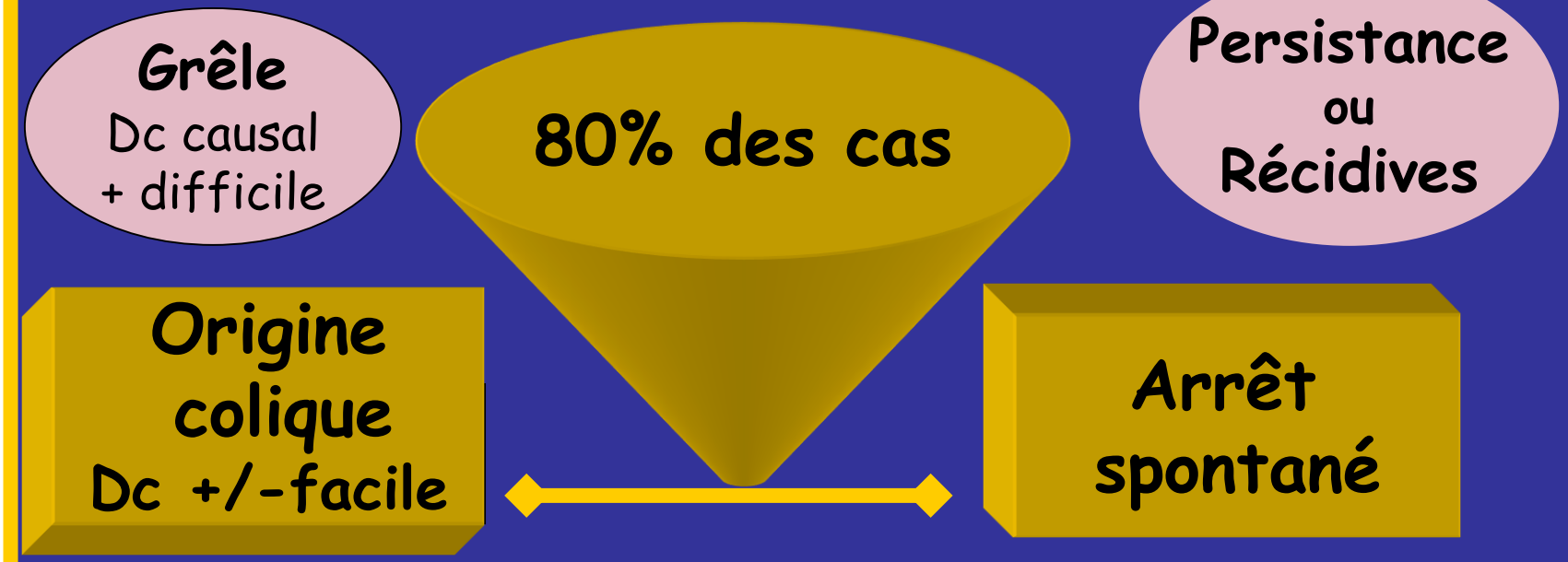
Quelques chiffres

- 5 fois moins fréquente que l'hémorragie digestive d'origine haute;

- + élevée chez l'homme et le sujet âgé;

  Risque X 200 à 80 ans vs 20 ans

  Age moyen de survenue 63-77 ans



Ne pas oublier que toute hémorragie aussi minime soit elle peut évoluer ou récidiver sur Un mode plus abondant pouvant menacer le pronostic vital

------ Poser rapidement le Dc causal -----

Traiter

- ❑ HDB massives menaçant le pronostic vital
- ☑ HDB actives peu sévères persistantes
- ☑ HDB peu sévères ayant cessé spontanément
- ☑ HDB intermittentes répétitives
- ❑ Saignement occulte

OBJECTIFS

Comment faire le diagnostic causal des HDB?
Quelles sont les principales causes des HDB?

I/Rechercher les signes d'orientation clinique:

- Données de l'interrogatoire
- Données de l'examen physique

- ✓ Age +++;
- ✓ Évolution du saignement dans le temps;
- ✓ Terrain: antécédent d'HDB, de diverticulose, de Prise médicamenteuse (AINS/ Aspirine/ Anticoagulants) ,de radiothérapie,d'athérosclérose, HTA, HTP , UGD….
- ✓ Signes associés: douleurs abdominales, diarrhée, Syndrome rectal ,fièvre ,signes extra-digestifs…;
- ✓ Masse abdominale /Résultats du TR + examen proctologique (hémorroïdes, cancer rectal)

II/Explorer:

- Examens endoscopiques +++
- Examens radiologiques/Scintigraphiques
- Chirurgie(parfois)

© Current Medicine

Endoscopie haute :

Élimine une cause oesogastroduodénale si:

*Méléna

*Rectorragies massives avec retentissement hémodynamique (10-15% lésions hautes retrouvées)

Anuscopie :

Examen à réaliser systématiquement et première intention en cas de rectorragies sans retentissement hémodynamique majeur;

- Facile , se fait après un examen de la MA / TR
- Ne nécessite pas de préparation ni de spécialisation particulière.

La présence d'une lésion anale notamment hémorroïdaire n'élimine pas une autre cause de saignement

Un train peut en cacher un autre

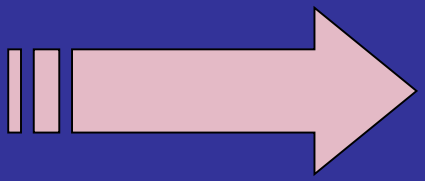
Poursuivre explorations+++

Rectosigmoïdoscopie

- Réalisation aisée :Pas d'anesthésie, malade non à jeun avec quelques simples lavements évacuateurs;

- intérêt limité :sa faible rentabilité

- La découverte d'une lésion dans le rectum ou le côlon gauche, ne permet pas d'éliminer formellement une lésion hémorragique synchrone du côlon d'amont



COLOSCOPIE

*Signes d'alarme
*S-orientation
* >45 ANS
+/-Signes d'alarme/orientation

Coloscopie

Examen de référence : Urgence ou programmée

réalisation difficile en période hémorragique :plus tôt possible(après réanimation++) 8-24H;

Coloscopie>LBDC détection lésions coliques (87 vs 81%)

Coloscopie>LBDC+Sigmoidoscopie détection :

*Cancer colique (97.5 vs 83%)

*polypes> 1cm (91.4 vs 21.7%)

*Angiodysplasies

Permet :Biopsies+++/Traiter certaines lésions+++

La coloscopie est indiquée:

- Bilan d'1 méléna sans lésion digestive haute visualisée et parfois même avec lésion digestive haute reconnue chez un patient de plus de 60 ans;
- Saignements itératifs, rouges foncés, quelque soit l'âge;
- Saignements itératifs, rouges vifs isolés, après 45-50 ans;
- Saignements abondants dès que l'état clinique le permet+++

Préparation préalable nécessaire :PEG

1litre de purge toutes 30-45 mn jusqu'à éclaircissement de l'effluent (En gl 4-6 L)

+/- précédée de 10 mg de Metoclopramide* (Vidange ++/Antinauséeux)

ATTENTION IRC → Dialyse après purge

I cardiaques

L'Endoscopie basse

Contributive

↓

Suffisante diagnostic

Non contributive

↓

Incomplète

Saignement obscure

Autres moyens endoscopiques

Réservés à l'exploration de l'intestin Grêle

Jéjunoscopie : Contexte clinique
Entéroscopie: poussée / Chirurgicale /Double ballon
Vidéocapsule

II/ EXPLORER
PLACE DE LA RADIOLOGIE

HEMORRAGIE ENCORE ACTIVE:

- ASP:Pas d'apport diagnostique
- Artériographie:Efficience diagnostique de 27 à 77% Débit de l 'hémorragie 0,5 à 1 ml/min
- Angioscanner: Signes directs ou indirects de lésions vasculaires / Peut localiser un saignement en cours
- Scintigraphie digestive

En L'absence d'activité hémorragique:

- LBDC:réservé au refus ou aux contre-indications de la coloscopie;
- TDM abdominale :Eventuelle masse abdominale
  Epaissisement pariétal
  Signes indirects
- TG :manque de sensibilité pour les petites lésions

- Entéroscanner:Allie les avantages de la TDM+TG
  Recherche d'une Tm du grêle
- Coloscanner?

Scintigraphie

*Scintigraphie aux GR marqués par le sulfure de 99Tc (pour la détection approximative de la zone hémorragique, le débit doit être > à 0,1 ml/mn

*Scintigraphie au pertechnetate de 99Tc pour la détection du diverticule de Meckel (zone de métaplasie gastrique sensibilité 20 à 60%)

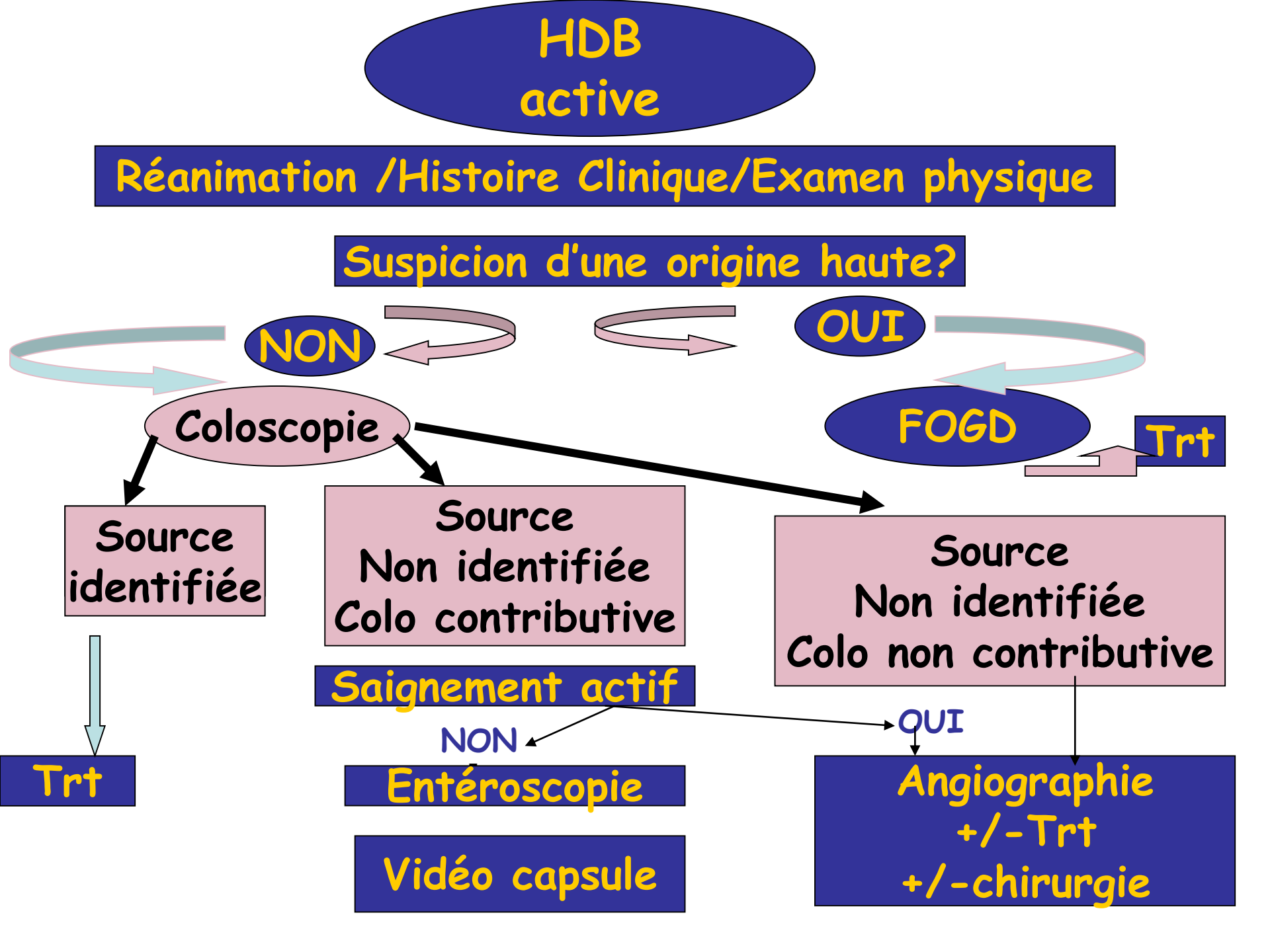
II/ EXPLORER
PLACE DE LA CHIRURGIE

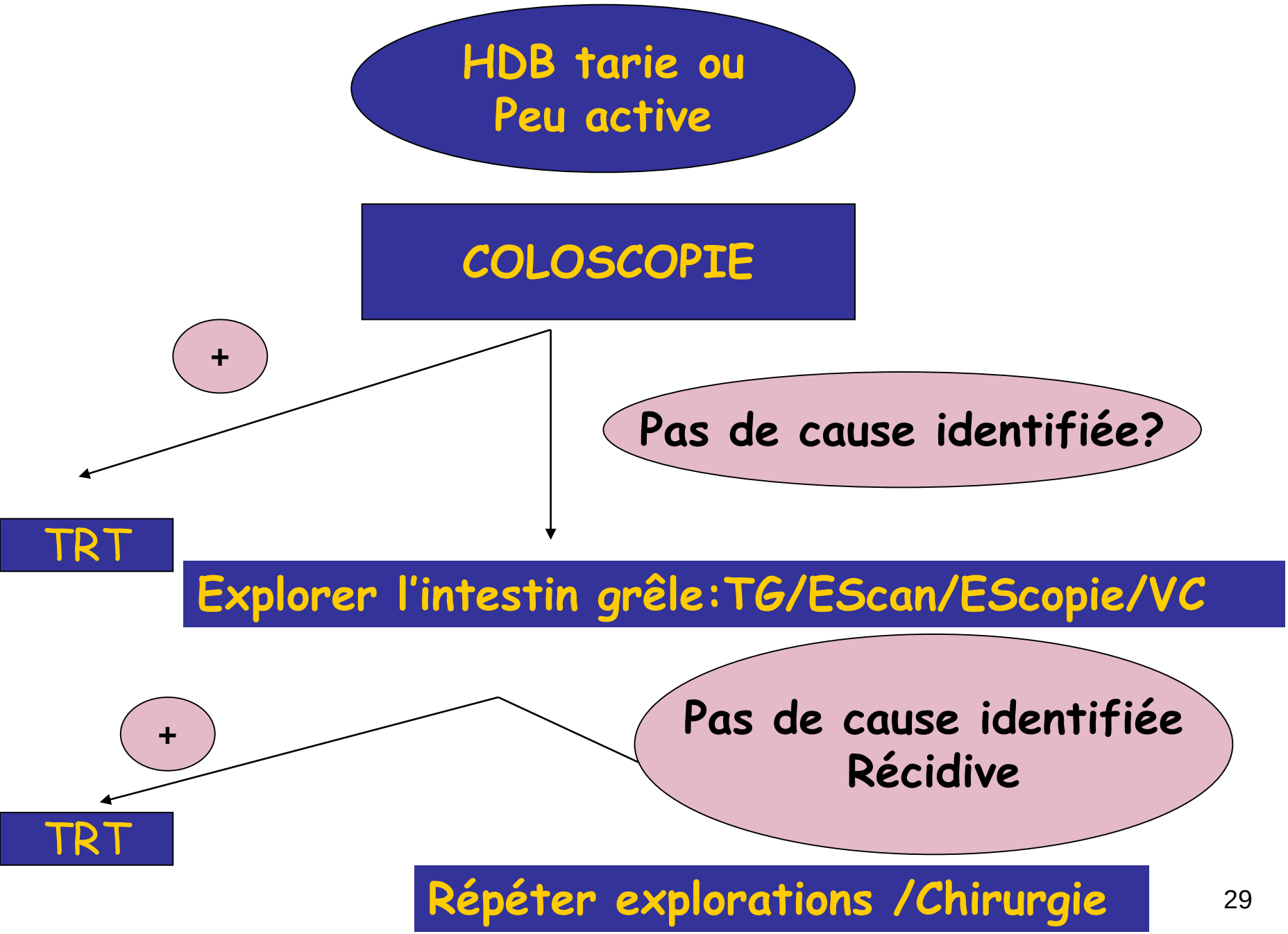
- HDB Aigues sévères ne répondant pas aux mesures de réanimation ;

- HDB récidivantes d'étiologie obscure??

  Entéroscopie per opératoire+++

II/ EXPLORER AU TOTAL


HDB
active
Réanimation /Histoire Clinique/Examen physique
Suspicion d'une origine haute?
NON
OUI
Coloscopie
FOGD
Trt
Source
identifiée
Source
Non identifiée
Colo contributive
Source
Non identifiée
Colo non contributive
Saignement actif
NON
OUI
Trt
Entéroscopie
Vidéo capsule
Angiographie
+/-Trt
+/-chirurgie


HDB tarie ou
Peu active
COLOSCOPIE
+
Pas de cause identifiée?
TRT
Explorer l'intestin grêle:TG/EScan/EScopie/VC
+
Pas de cause identifiée
Récidive
TRT
Répéter explorations /Chirurgie

III/PRINCIPALES CAUSES

Sujet jeune

Diverticule de Meckel

MICI

Causes proctologiques

Sujet âgé

Angiodysplasies

Diverticules

Colites ischémiques

Causes néoplasiques

MICI

Diverticules

- 41,6% des HDB/Isolées
- Hémorragie révélatrice d'une diverticulose dans 20% des cas

- Majorité des diverticules dans le colon gauche (80%) mais colon droit impliqué dans 50% des hémorragies
- Récidive hémorragique 9% à 1 an et 25% à 4 ans
- Traitement endoscopique par électrocoagulation/ injections sclérosantes/Clip/Ligature élastique

Angiodysplasies

- Malformations vasculaires dégénératives
- 3 à 12% des HDB selon les séries
  Incidence: 1 à 2% dans les séries autopsiques
- Isolées/indolores
- Majorité dans colon droit et cæcum
- Récidive hémorragique en l'absence de traitement: 25 à 50% des cas

Coagulation plasma Argon

Ulcérations rectales:

- Souvent iatrogènes (thermométriques, corps étrangers)

*Syndrome de l 'ulcère solitaire du rectum

5 à 23% des HDB abondantes

Tumeurs colo -rectales:

Rectorragies d'intensité plutôt modérée

2 à 26% des HDB

*Les polypes : causes rares d'HDB

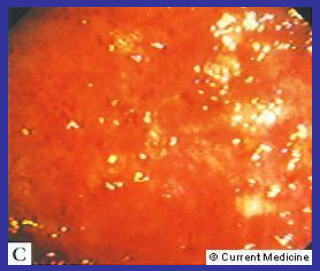
Colites inflammatoires ou ulcérées:

6 à 30% des HDB
5% d'hémorragies sévères

*Rectocolite hémorragique: 2 à 8% des HDB

*Rectite radique: 1 à 5% des HDB

*Maladie de Crohn et colites infectieuses



Colites ischémiques:

3 à 9% des HDB abondantes

PATHOLOGIE PROCTOLOGIQUE

*Hémorroïdes internes

*Fissure anale

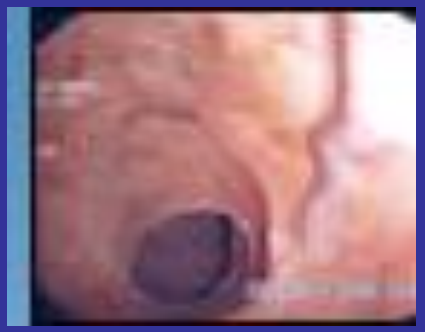
* Lésions traumatiques ou iatrogènes: suppositoires, lavements, traumatismes sexuels,empalements accidentels....

Rarement cause d'hémorragies graves abondantes

- # AUTRES RARES

Post mucosectomie

Post polypectomie



Varice rectale

CONCLUSION

- HDB : plus souvent d'origine colique;
- Parfois Urgence de réanimation mais toujours Urgence diagnostique et thérapeutique
- Examen clé = coloscopie totale;
- Causes multiples bénignes ou graves;
- Difficulté diagnostique:Hémorragies intermittentes Imputabilité des lésions vues (angiodysplasies, diverticules);
- Question en suspend ⟶ Que faire en cas de négativité ? Multiplier les explorations? Chirurgie ?